

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE



TESIS DOCTORAL

El duelo en las residencias de personas mayores y su influencia en la salud
mental de los/as profesionales

Presentada por:

Dña. Ana Vallejo Andrada

Dirigida por:

Dr. José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

Sevilla

2021

Solo cuando comprendí que no me pertenecías
Que el que muere sigue su camino
Descansa, evoluciona
Solo entonces deje de llorarte y pase a añorarte
A recordarte con una sonrisa,
Cada momento, cada anécdota que me regalaste
Todo aquello que perdura y que no se desvanece
Todo el amor...

María Asunción Andrada Alsina

TESIS DOCTORAL

El duelo en las residencias de personas mayores y su influencia en la salud
mental de los/as profesionales

Presentada por:

Dña. Ana Vallejo Andrada

Dirigida por:

Dr. José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

Sevilla

2021

Agradecimientos

No podía finalizar esta tesis sobre duelos sin agradecer a aquellas personas que han construido mi infancia, mis abuelas/os siendo referentes de cariño y esfuerzo, siendo los primeros duelos por los que debe pasar una niña. En especial a mi aiaia, a día de hoy aún me resulta imposible formular las infinitas formas en las que te siento presente.

A mis padres, por estar siempre de manera incondicional, ayudarme a encontrar mi sitio y convertirme en la persona que soy. A mi hermana, por ser el gin de mi gan, mostrándome siempre la mirada inversa de las cosas y complementarme.

A mis tías, en especial Cuca, por enseñarme a aceptarme como soy, Monste y Javier por ser mis segundos padres, por los veranos de playa y churros y por vuestro apoyo y Gloria por su ternura infinita. A mis primos: Ramón y Anita, por las risas, los enfados y la infancia más perfecta que cualquier persona pueda desear, Joana por ser además de compañera de campo de trabajo la persona más fuerte y noble que conozco, Celia, Jorge y José Luis por vuestra manera única y especial de ser.

A mis amigas: Samara, Andrea y Lucía por esos años tan maravillosos de cabañas en los árboles y manchas de chocolate, Ita, Maca, Teresa, por ser mi cuerda de seguridad cuando todo lo demás falla, Vicky, Judith, porque desde la distancia os siento siempre cerca. Bella, María y Ana, sois mi punto de desconexión diario. Jaime, Ignacio y Chío gracias por acompañarme en esta fase final.

A mi compañera de profesión y mentora María, gracias por la paciencia y por enseñarme lo que se del trabajo social; Ana mi psicóloga no sanitaria favorita; Juan por demostrarme que aún existen asociaciones que de verdad miran por las personas usuarias; María y Carol por llenar de purpurina un año bastante complicado.

A mi pareja Adrián, por ayudarme a racionalizar y focalizar el torbellino de emociones que soy.

A mis profesoras: Laura por su paciencia, confianza y por convertir mi talón de Aquiles en mi mejor baza y Diana por acompañarme en los peores años de mi trayectoria académica.

A mi director de tesis, mentor y amigo Dr. José Luis Sarasola, por la paciencia y la confianza no solo en el desarrollo de esta tesis doctoral, sino por todos los años de trabajo juntos, por acogerme en segundo de carrera y ayudarme a hacer realidad mi sueño de ser profesora.

A mi compañero y amigo Dr. Evaristo Barrera por ganarse a pulso su título de “profesor tita”, por el cariño y el apoyo durante todos estos años. A mí, por mucho que me duela excompañero Dr. Francisco Caravaca, por las cervezas, la ironía, las llamadas de atención y por no cesar en sus múltiples intentos de que me centre como persona.

Por último, a la dislexia, me ha costado mucho aceptarte en mi vida, pero creo que poco a poco nos vamos entendiendo.

Índice

SECCIÓN I. INTRODUCCIÓN	9
1. Presentación de la línea general de investigación	9
2. Exposición del contexto científico de producción	11
3. Avance sintético de los textos	16
4. Exposición general de los enfoques y planteamientos metodológicos.....	22
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Participantes	22
4.3. Procedimiento.....	23
4.4. Instrumentos	25
4.5. Análisis de datos.....	28
SECCIÓN II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
SECCIÓN III. OBJETIVOS A ALCANZAR.....	33
SECCIÓN IV. MARCO TEÓRICO.....	37
1. El duelo	37
1.1. El duelo y sus fases	37
1.2. Los distintos tipos de duelo	39
1.3. El duelo en el entorno laboral: duelos no autorizados.....	41
2. Las residencias de personas mayores	47
2.1. Las residencias de personas mayores en España.....	47
2.2. La red profesional en las residencias de personas mayores en España.	50
2.3. El abordaje del duelo en las residencias de personas mayores.....	54
2.4. Los protocolos de duelo en las residencias de personas mayores en España	62
3. El Burnout	64
3.1. El burnout una aproximación teórica	64
3.2. El burnout entre los profesionales de residencias de personas mayores	66
3.3. El duelo, el duelo no autorizado y el burnout.....	67
4. Depresión, ansiedad y estrés	69
4.1. Depresión ansiedad y estrés una aproximación teórica.....	69
4.2. Depresión, ansiedad y estrés entre profesionales de las residencias de personas mayores	70
4.3. Depresión ansiedad y estrés y el burnout	72
4.4. Depresión ansiedad, estrés y el duelo.....	74
SECCIÓN V. Publicaciones científicas	77
1. Mourning Protocols in Nursing Homes. ISBN: 978-3-030-18592-3.	79

2. The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities. Print ISBN: 978-3-030-69093-9	103
3. Disenfranchised grief, Burnout, and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study Print ISBN: 978-3-030-69093-9	120
4. The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain. Print ISBN: 978-3-030-69093-9	141
5. La influencia del duelo en el burnout. ISBN 978-84-1345-726-0.....	161
SECCIÓN VI. Discusión de resultados y conclusiones.....	177
1. Principales hallazgos de la línea de investigación.....	178
9. La relación de los resultados expuestos en los artículos con el diseño lógico general de la línea de investigación y del marco teórico.	186
10. Reflexión sobre la validez y las limitaciones de lo presentado.	190
11. Implicaciones y consecuencias derivadas de las aportaciones realizadas en los textos. 193	
12. Líneas de investigación que se abren a partir de las contribuciones de éstos.	196
SECCIÓN VII OTRAS APORTACIONES CIENTÍFICAS DERIVADAS DIRECTAMENTE DE LA TESIS DOCTORAL.....	201
Otras aportaciones 1	202
Sociability and Dependence	202
Otras aportaciones 2	222
COVID-19, neoliberalismo y sistemas sanitarios en 30 países de Europa: repercusiones en el número de fallecidos	222
Otras aportaciones 3	238
Innovación en Gerontología y la importancia de su enseñanza en ámbitos universitarios ...	238
SECCIÓN VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	265
SECCIÓN IX Anexos	283
1. Cuestionario elaboración propia fase 1.	283
2. Cuestionario fase 2.....	285

Índice de gráficos y tablas

Tabla 1: Características principales de las fases de la investigación.....	16
Tabla 2: Avance sintético de los textos organizado por fases	21
Tabla 3: Relación de objetivos generales y específicos por publicación.	35
Tabla 4: Fases del duelo	38
Tabla 5 Personas Mayores en Residencias por sexo y edad.....	48
Tabla 6. Factores que inciden en el síndrome de burnout	67
Tabla 7: Relación de hallazgos, publicaciones y fases.....	185

SECCIÓN I
INTRODUCCION

SECCIÓN I. INTRODUCCIÓN

1. Presentación de la línea general de investigación

En España, así como en la mayor parte de Europa, las personas mayores son un grupo poblacional que ha ido en incremento durante las últimas décadas, entre otros motivos debido al aumento de la esperanza de vida y la bajada de las tasas de natalidad (Pison, 2019). Además, se prevé que continúe aumentando la representatividad de este grupo de población durante los próximos años, tal y como recoge de esta manera La Oficina del Censo de EE. UU. indicando que la población general de personas mayores alcanzará el 16.7% del total de población para 2050 (He et al., 2016).

Este factor, unido al cambio social efectuado en los cuidados, los cuales se llevaban a cabo en el seno familiar y que se han ido desligado de este, entre otros motivos, por la imposibilidad de tiempo, capacidad y medios, así como a las enfermedades degenerativas cada vez más comunes y que requieren cuidados específicos y de la incorporación de la mujer a la esfera laboral (Burba, 2016). Esta separación de los cuidados a las personas mayores y el seno familiar ha llevado a la sociedad a buscar soluciones alternativas, dentro de las que destacan como más comunes: Los centros de día, los centros residenciales y la teleasistencia.

Entre estos servicios, las personas mayores muestran una preferencia imperante a permanecer dentro de sus domicilios habituales, solicitando la teleasistencia en primera opción o contratando a personal externo para sus cuidados, cuando esta opción no es viable, la segunda preferencia suele ser residir con algún familiar combinando sus cuidados con un centro de día para evitar la sobrecarga, quedando los centros residenciales como última opción. No obstante, en aquellos casos donde concurren altos niveles de dependencia y un apoyo social informal insuficiente o precario, recibir atención

en uno de estos centros puede ser la mejor garantía de una buena calidad de vida para el mayor (Dosil Díaz et al., 2014).

En lo que respecta a cifras, se calcula que en España existen en torno a unas 367.000 plazas en residencias de personas mayores, de las cuales un 80% se encuentran ocupadas, esto supone que casi 300.000 personas mayores viven actualmente en ellas (Abellán García et al., 2019).

Los centros de personas mayores, por su tipología de lugar de residencia de personas dependientes y el amplio abanico de profesionales que trabajan en ellas, conforman un entorno social diferenciado, tanto para sus trabajadores/as como para las personas residentes (Aase et al., 2021).

Dentro de este entorno diferenciado, debido al gran número de fallecimientos derivados de la edad de las personas residentes y de la tipología de los cuidados, que en numerosas ocasiones son de carácter paliativo, hemos decidido centrarnos en los procesos de duelo que se realizan en este entorno, concretamente desde las perspectivas de las distintas categorías profesionales presentes en estos centros.

Para entender las perspectivas de estos/as profesionales, es importante no olvidar que además de ser un modelo de empresa, relacionada en España principalmente con el sector privado, el cuidado y la atención de las personas se encuentra muy presente en el desarrollo de su labor, por ello cuando se consulta a los/as trabajadores/as por su perspectiva de éxito de la residencia de personas mayores, no van a aludir a cuestiones meramente económicas, sino de la correcta realización de su labor con las personas residentes (Baxter et al., 2021). Siendo este el motivo por el cual la primera parte de nuestro estudio se centra en la opinión de las distintas categorías profesionales sobre el trabajo con el duelo dentro de su institución atendiendo a distintas variables.

Cuando hablamos de los profesionales de las residencias de personas mayores y el duelo, es de suma importancia resaltar el “duelo desautorizado”. Entendemos por duelo desautorizado el proceso en el que la pérdida se siente como no reconocida abiertamente, validada socialmente o “llorada públicamente”.

Esta experiencia de duelo puede plantear dificultades en términos de procesamiento y expresión emocional, ya que la persona en cuestión puede no reconocer su derecho al duelo. En este sentido, y en relación con el apoyo social percibido, al disminuir la oportunidad de expresar libremente sus emociones y obtener expresiones de compasión y apoyo, las posibilidades de derivar en un duelo complicado aumentan (Albuquerque et al., 2021).

Este concepto introduce la necesidad del trabajo del duelo en el entorno residencial, no solo con las personas usuarias, sino también con el propio grupo de profesionales que trabajan en ella. Siendo este el concepto clave en torno al cual gira la segunda parte de nuestra investigación, en la cual relacionamos el duelo desautorizado y su expresión, con otras variables que afectan de manera específica a este grupo profesional, como es el burnout, depresión, ansiedad y estrés.

2. Exposición del contexto científico de producción

La siguiente investigación se ha planteado en dos fases diferenciadas: La primera de ellas corresponde con la realización de un pilotaje y la segunda con un estudio transversal analítico más amplio.

Pese a que la unidad de observación (los distintos profesionales implicados en el proceso de duelo con las personas mayores dentro de las residencias) se mantiene constante durante toda la investigación, la unidad de análisis varía de una fase a otra. De este modo,

consideramos necesario especificar como se produce esta transición de una unidad de análisis a otra, en el transcurso de la presente investigación.

Tras un amplio análisis bibliográfico apreciamos las constantes referencias a los procesos de duelo que se producen dentro de las residencias de personas mayores, llamándonos especialmente la atención, la falta de información existente sobre la perspectiva del equipo de profesionales de estos centros sobre este fenómeno. De esta forma, partiendo de la unidad de observación de los/as trabajadores/as de las residencias de personas mayores, nos propusimos explorar sobre como percibían su trabajo con el duelo de las personas usuarias, así como los distintos elementos relacionados con la institución podían afectarles en el desarrollo de su labor profesional en este ámbito de atención.

Para este pilotaje, elegimos un muestreo que abarcara la totalidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía, con el ánimo de comprobar si entre las distintas provincias había diferencias remarcables.

Debido a la inexistencia de una escala específica que abarcara todos los elementos personales e institucionales que la bibliografía recogía que pudiera afectar la labor de nuestra unidad de análisis en lo relativo al duelo, decidimos realizar esta investigación utilizando un instrumento en formato cuestionario ad-hoc.

Una vez recabada la información, nos percatamos de que no había diferencias remarcables entre las distintas provincias que conformaban nuestra muestra. Sin embargo, cuando se analizó el perfil profesional de las personas entrevistadas, así como las características institucionales del centro de referencia, llegamos a la siguiente conclusión: el equipo profesional que trabaja en estos centros parece indicar que en las residencias de personas mayores no se dedica el tiempo necesario a los duelos de los/as residentes.

Este hallazgo, derivó en una revisión bibliográfica al respecto, ligada a los duelos en ciertos entornos, y con esta nueva búsqueda dimos con un concepto que hasta el momento habíamos descartado “El duelo desautorizado”, llevándonos a plantearnos la siguiente cuestión: Si, los profesionales identifican una intervención insuficiente con los duelos de los residentes, ¿Cómo identificarán que se trabaja con ellos mismos, las distintas muertes de residentes derivadas de su entorno de trabajo y la naturaleza de este?

Con esta cuestión principal, decidimos iniciar la segunda fase de nuestra investigación que culminaría con el estudio transversal analítico amplio mencionado con anterioridad. Para ello, realizamos una revisión bibliográfica en profundidad en torno a este concepto y apreciamos que diversos autores referían una relación entre el duelo desautorizado, depresión, ansiedad, estrés y el burnout, entre profesionales de distintos ámbitos destacando el ámbito sanitario y los centros de personas mayores.

Esta revisión bibliográfica, así como las experiencias investigadoras anteriormente mencionadas, nos hicieron formular hipótesis relativas a las siguientes variables: duelo, duelo desautorizado, depresión, ansiedad, estrés y burnout, y como las mismas podrían estar asociadas entre sí. Por ello, se elaboró un cuestionario compuesto por distintas escalas que midieran estos fenómenos: Depression, Anxiety, and Stress (DASS-21) creada por Brown et al. (1997) para medir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés; The Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson (1986) el cual comprueba el nivel de burnout; Grief Support in Health Care Scale, creado por Anderson et al. (2010) para comprobar el nivel de duelo y Disenfranchised Grief elaborado por Anderson y Gaugler (2007) para medir el nivel de duelo desautorizado.

Estas escalas se escogieron siguiendo diversas directrices: todas ellas habían sido utilizadas en experiencias previas de manera conjunta, habían sido utilizadas con

anterioridad en otras investigaciones utilizando nuestra unidad de análisis; habiéndose incluido en cuestionarios dirigidos a población española.

No obstante, y para garantizar una mayor fiabilidad a nuestra investigación, decidimos realizar un estudio de validación de nuestro cuestionario, este primer estudio culminó con la primera publicación que podemos encontrar relativa a esta segunda fase: *Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study*. Una vez validado nuestro instrumento, decidimos comprobar la asociación entre las distintas variables, dando pie a las dos publicaciones restantes que componen la presente tesis doctoral por compendio de publicaciones: *La influencia del duelo en el burnout y The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain*.

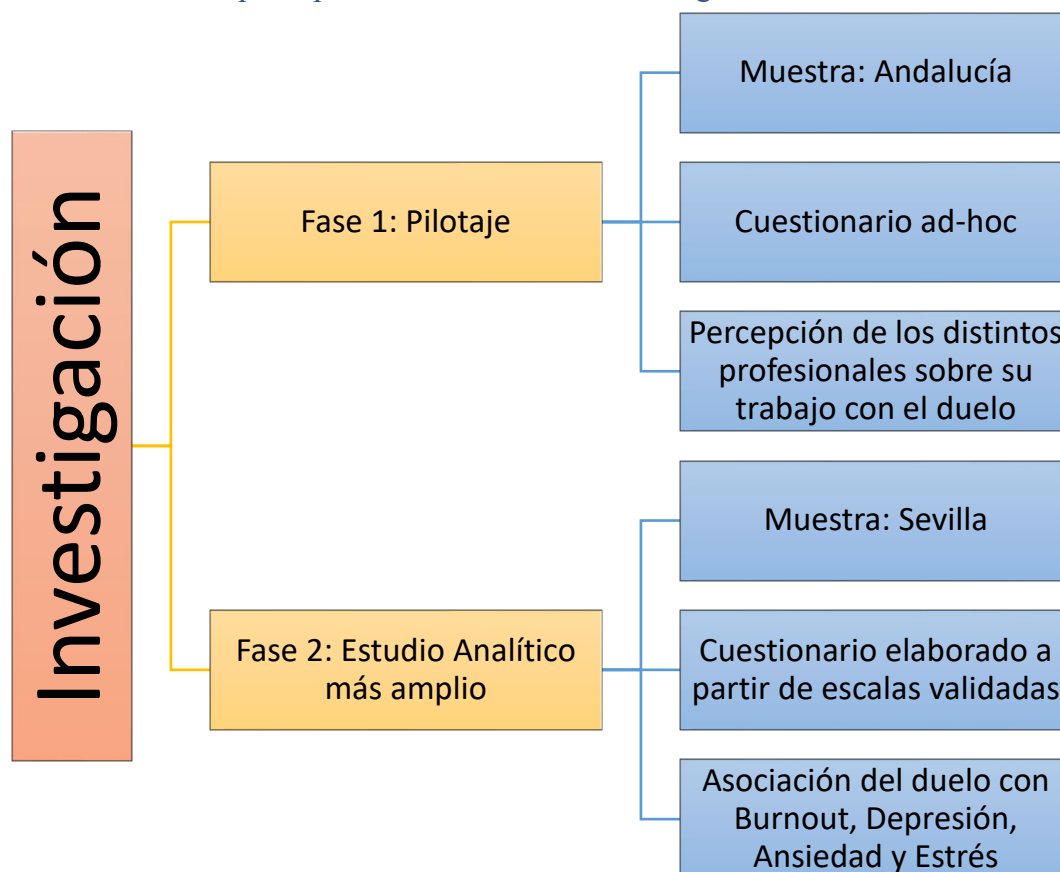
En lo que respecta a los equipos de investigación en el desarrollo de las aportaciones científicas que componen la presente tesis doctoral, los cinco capítulos de libro descritos, se han desarrollado en el contexto de investigación de la Universidad Pablo de Olavide bajo el amparo del grupo de investigación PAIDI-SEJ-452 Investigación en Trabajo Social y Políticas Sociales, con la colaboración del Grupo de Investigación oficial PAIDI Sej-608 en Trabajo Social y Nuevas Tecnologías para la Intervención Social.

Participando en el primer capítulo: “Mourning Protocols in Nursing Homes” los/as investigadores/as Ana Vallejo Andrada, Evaristo Barrera Algarín, José Luis Sarasola Sánchez-Serrano. El segundo capítulo: “The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities” los/as investigadores/as Ana Vallejo Andrada, José Luis Sarasola Sánchez-Serrano y Evaristo Barrera Algarín. En el tercero: “La influencia del duelo en el burnout” los/as investigadores/as Ana Vallejo Andrada. En el cuarto capítulo: “Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study” los/as investigadores/as: Ana Vallejo Andrada, José Luis

Sarasola Sánchez-Serrano, Evaristo Barrera Algarín y Francisco Caravaca Sánchez. En el quinto capítulo: “The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain”, los/as investigadores/as: Ana Vallejo Andrada, José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, Evaristo Barrera Algarín y Francisco Caravaca Sánchez.

En lo que respecta a la participación de la doctoranda en la elaboración de las dos fases principales que abarcan la presente investigación, podemos indicar que esta ha participado activamente en la elaboración del instrumento metodológico de la primera fase de la investigación y en la selección de las escalas que componen el instrumento de la segunda fase. En la selección de la muestra, recogida y análisis de datos, así como en la elaboración de las distintas publicaciones extraídas de los resultados de la investigación. Nos gustaría resaltar que las investigaciones aportadas en la presente tesis han sido aportadas en formato capítulo de libro indexadas en editoriales de impacto, por la escasez de revistas propias de Trabajo Social de impacto.

Tabla 1: Características principales de las fases de la investigación



Fuente: Elaboración propia

3. Avance sintético de los textos

Como hemos indicado con anterioridad, los cinco capítulos de libro que componen la presente tesis doctoral se han desarrollado en dos fases principales: La primera de ellas que corresponde con la realización de un pilotaje y la segunda con un estudio transversal analítico amplio.

La realización del pilotaje tiene como unidad de análisis la atención del duelo en las residencias de personas mayores, siendo el instrumento para la realización de esta investigación un cuestionario ad-hoc, con el cual se encuestó a un total de 58 profesionales de residencias de personas mayores. De este pilotaje obtuvimos las

siguientes publicaciones : “Mourning Protocols in Nursing Homes” y “The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities”.

La primera de ellas “Mourning Portocols in Nursing Homes”, se centra en aquellos ítems del cuestionario relativos a cómo afecta la existencia o inexistencia de un protocolo de duelo dentro de los centros de personas mayores a la percepción que tienen las distintas categorías profesionales de su trabajo en este ámbito.

De este modo, partimos de las siguientes hipótesis:

- La mayoría de los profesionales, que trabajan en residencias de personas mayores, no consideran que en estos trabajen correctamente con el duelo.
- El 70% de las residencias de personas mayores de carácter religiosos tienen un protocolo de duelo.
- Existen residencias de personas mayores privados que públicos que tienen un protocolo de duelo.
- Los protocolos de duelo serán mas habituales en las residencias de mayor tamaño, frente a las residencias de menor tamaño.
- Aquellos profesionales cuyo centro residencial posea un protocolo de duelo propio, tendrán una mejor consideración sobre su trabajo con este fenómeno, respecto, a aquellos cuyo centro de trabajo no lo integren.

En función de las hipótesis previas, obtuvimos las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las personas que trabajan en residencias de personas mayores no consideran que trabajen correctamente el duelo
- Pese a existir de manera significativa más centros de personas mayores de carácter religioso que laico con protocolo de duelo, el porcentaje no alcanza el 70% de la muestra

- Existen residencias de personas mayores de carácter privado que público que posean protocolo de duelo.
- Los protocolos de duelo eran mas frecuentes en los centros residenciales de mayor tamaño, respecto a los de menor tamaño.
- Aquellos trabajadores/as de centros que poseen un protocolo de duelo, perciben que realizan un trabajo más eficiente con este proceso que aquellos que trabajan en centros que no lo poseen.

Una vez clarificado, que la mayoría de las personas que trabajan en residencias de personas mayores no consideran que estén realizando un trabajo eficiente con el duelo de los residentes, y corroborado que la existencia o inexistencia de un protocolo de duelo afecta de manera significativa a la percepción que estos/as profesionales tienen sobre la calidad de su trabajo. Por consiguiente, decidimos focalizar en que otros elementos podrían afectar al trabajo con el duelo de los/as profesionales de residencias de personas mayores.

Esto dió como resultado la segunda publicación: “The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities”, para esta publicación escogimos aquellos ítems del cuestionario relacionados con variables descriptivas como: El rol profesional, el tiempo de trabajo en el sector, el tiempo de trabajo en la residencias y edad, comparándolas con aquellos factores que podían incidir en un correcto trabajo del duelo por parte de los/as profesionales de las residencias de personas mayores.

Partiendo de las siguientes hipótesis:

- Existe una diferencia entre el rol profesional y las necesidades que cada uno de ellos debe trabajar con los residentes en duelo.

- La ratio de trabajadores por residencia de personas mayores será la opción más seleccionada como problema para trabajar con los residentes en duelo.
- La mayoría de los encuestados considera a los profesionales del trabajo social y la psicología como personas de referencia para la atención a este proceso.

De estas hipótesis, pudimos observar que a excepción de la segunda hipótesis (La ratio de trabajadores por residencia de personas mayores será la opción más seleccionada como problema para trabajar con los residentes en duelo), todas fueron contrastadas, existiendo también un elevado número de participantes que seleccionaron la opción del tiempo de trabajo por residentes, estando esta opción altamente relacionada con la ratio de trabajadores/as por centro según su ocupación.

La segunda fase de nuestra investigación se compone de un estudio analítico más amplio, que dio pie a la publicación de los tres capítulos de libro restantes. Tal y como explicaremos con mayor detenimiento en el apartado 4, en este caso la muestra fue de 96 trabajadores/as de residencias de personas mayores de Sevilla, para la cual elaboramos un cuestionario compuesto por las siguientes escalas: Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Adaptado por Lovibond y Lovibond (1995); Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1986); Escala de apoyo al duelo en la atención médica. Desarrollada por Anderson et al. (2010) y Disenfranchised Grief Scale elaborada por Anderson y Gaugler (2007).

Para comprobar la unidad de este instrumento, procedimos a la validación del mismo, obteniendo como resultado nuestra tercera publicación titulada: “Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study”, en la cual pudimos comprobar que las diferentes escalas podrían utilizarse de manera conjunta en un único cuestionario.

Tras esta validación, tomamos como nuevo objetivo medir la influencia que los continuos procesos de duelo pueden tener en el síndrome de burnout de las personas que trabajan en residencias de personas mayores, pudiendo comprobar de esta forma la necesidad de elaborar protocolos de duelo, que no solo incluyan el trabajo con los residentes, sino también con los propios profesionales del sector, estando por de esta forma altamente relacionado con la primera fase de nuestra investigación.

Esta medición dio como resultado los dos últimos capítulos de libro que se pueden encontrar en la presente tesis doctoral, titulados: “The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain” y “La influencia del duelo en el burnout” siendo ambos complementarios.

Para esta investigación, tomamos como ítems, aquellos datos relacionados con las escalas The Maslach Burnout Inventory; Escala de apoyo al duelo en la atención médica; Disenfranchised Grief. Obteniendo como conclusión que el nivel de burnout de nuestra muestra es considerablemente alto con un 17,8%, siendo el Agotamiento Emocional y Despersonalización las subescalas predominantes del fenómeno de *burnout*. En relación con las escalas Disenfranchised Grief y GSHCS, el Disenfranchised Grief de nuestra muestra tiene una media de 48,7 puntos lo que puede ser considerado un índice elevado. Finalmente, en relación con la escala GSHCS, la subescala con una puntuación más elevada fue la de Reconocimiento de la relación.

En referencia a las escalas de Disenfranchised Grief Scale, GSHCS y MBI, pudimos observar que existe una asociación entre ellas. A pesar de que en la escala MBI solo se encontró una asociación directa con las variables GSHCS: Reconocimiento de la relación y Reconocimiento de la pérdida. Además pudimos observar diferentes asociaciones entre la variable MBI Agotamiento emocional y las variables GSHCS: Reconocimiento de la pérdida e Inclusión del doliente; Variable MBI: Despersonalización y variable GSHCS:

Inclusión del doliente; Variable MBI: Realización personal y Variables GSHCS:
Reconocimiento de la relación y la escala de duelo desautorizado.

Tabla 2: Avance sintético de los textos organizado por fases

I N V E S T I G A C I Ó N	Fase 1: Pilotaje
	“Mourning Protocols in Nursing Homes” ISBN: 978-3-030-18592-3
	Se centra en aquellos ítems del cuestionario relativos a cómo afecta la existencia o no existencia de un protocolo de duelo dentro de los centros de personas mayores a la percepción que tiene las distintas categorías profesionales de su trabajo en este ámbito.
	The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities ISBN: 978-3-030-69093-9
	Se encuentra focalizado a aquellos ítems del cuestionario relativos a la opinión de los/as profesionales de las residencias de personas mayores sobre su trabajo con el duelo, destacando los elementos debilitadores y facilitadores que encuentran para su desarrollo.
	Fase 2: Estudio más analítico amplio
	Disenfranchised grief, Burnout, and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study. Print ISBN: 978-3-030-69093-9
	Comprueba la validez del instrumento y la posibilidad de utilizar las escalas: GSHCS, MBI, DASS21 y DGS de manera conjunta y armónica.
	The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain. Print ISBN: 978-3-030-69093-9.
	Profundiza en la relación del duelo desautorizado, el apoyo al duelo y el burnout, y su asociación
	La influencia del duelo en el burnout. ISBN 978-84-1345-726-0
	Prueba la asociación entre las escalas de: DGD, GSHCS y MBI

Fuente: Elaboración propia

4. Exposición general de los enfoques y planteamientos metodológicos.

4.1. Tipo de estudio

El desarrollo de la presente tesis doctoral está elaborado en dos fases, las cuales han culminado en la publicación de los cinco capítulos de libro que se adjuntan.

La primera fase, estaría compuesta por un estudio piloto, la segunda por estudio transversal de carácter analítico más amplio, el cual consta de un estudio de validación de las herramientas a utilizar y dos estudios de investigación adicionales.

Es por ello por lo que, para el desarrollo de la metodología, dividiremos los siguientes apartados en dos subapartados: Estudio piloto y Estudio transversal analítico amplio, puesto que ambas investigaciones parten de muestras, procedimientos, instrumentos y momentos temporales diferenciados.

4.2. Participantes

El número de participantes totales para el desarrollo de la investigación ha sido de 154 profesionales de residencias de personas mayores de Andalucía. De los cuales 58 participantes pertenecen al pilotaje y 96 al estudio transversal analítico amplio.

- Pilotaje:

Para la realización de este estudio piloto se encuestaron a 58 profesionales de residencias de personas mayores de Andalucía, desarrollando un cargo laboral reconocido por la junta de Andalucía dentro de los centros.

Respecto la edad de las personas participantes, aproximadamente dos de cada tres tenían entre 26 y 35 años (59,6%), seguido de aquellos con edades comprendidas entre los 16 y 25 años (25,6%), personas con 46 a 55 años (8,8%) y finalmente de 36 a 45 años (7,0%).

En función del género de las personas encuestadas, el número de mujeres encuestadas era superior al de hombres, siendo la representatividad de mujeres de un 80,7% y de hombres

del 19,3%. Según la variable Ubicación del Centro, podemos apreciar diferentes ubicaciones, siendo las más abundantes Sevilla (29,6%) y Cádiz (20,4%).

- Estudio más analítico amplio:

Para el abordaje del estudio analítico más amplio, se decidió concentrar la muestra de estudio exclusivamente en la provincia de Sevilla, encuestando para ello a un total de 96 profesionales de residencias de personas mayores.

Se utilizó una metodología transversal entre los meses de diciembre de 2019 y marzo de 2020, aplicando varios instrumentos destinados a recoger información de carácter demográfica, ocupacional y psicológica a una muestra de trabajadores/as de residencias de personas mayores de la provincia de Sevilla (suroeste de España). La muestra para el estudio de validación actual se obtuvo de 96 trabajadores/as en dos residencias de personas mayores ubicados en la provincia de Sevilla, compuestos por 78 mujeres (con una edad media de 34,6 años, DE = 8,7) y 18 hombres (con una edad media de 33,9 años, DE = 7,4). En su mayoría trabajaban en empresas privadas (82,2%).

4.3.Procedimiento

Para la realización de ambas fases de la investigación se elaboró un cuestionario mediante la herramienta de Google Cuestionarios, que pueden encontrar en los anexos 1 y 2, no obstante, el procedimiento de contacto con los/as profesionales fue distinto en cada una de las fases.

- Pilotaje

De manera previa al envío de los cuestionarios, elaboramos un listado con las distintas residencias de personas mayores existentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, pretendiendo que hubiera una distribución equitativa entre las distintas provincias enmarcan la comunidad autónoma.

Tras la elaboración de este listado enviamos un e-mail explicativo desde la Universidad Pablo de Olavide, donde dábamos a conocer los diferentes objetivos de nuestra investigación, así como los fines académicos de la misma y el anonimato de los datos que íbamos a aplicar.

A aquellas residencias de personas mayores de las que se obtuvo respuesta, y que aceptaron participar en el estudio, se envió un enlace al cuestionario mediante correo electrónico para que se pudiera difundir entre el personal laboral de los diferentes centros. Además, y con el fin de incrementar en la medida de lo posible la tasa de participación, se mandaron dos recordatorios con dos semanas de diferencia entre ambos.

- Estudio analítico más amplio

El reclutamiento de los/as participantes y la recopilación de datos se llevó a cabo en cuatro pasos diferenciados. En primer lugar, se seleccionaron aleatoriamente los centros de la provincia de Sevilla. En segundo lugar, el Investigador Principal (IP) se puso en contacto con el director de cada centro mediante teléfono o correo electrónico, a quien se le informó sobre: a) la naturaleza y el propósito de la investigación; b) que los datos serían utilizados exclusivamente para propósitos académicos; c) que la participación era totalmente anónima y voluntaria; y d) que su predisposición o negativa a participar, no tendría consecuencias en el centro o en sus trabajadores. Todas las residencias de personas mayores aceptaron participar. En tercer lugar, y una vez que se obtuvo la aprobación para proceder en cada instalación, los administradores de la instalación identificaron a un empleado/a en cada instalación que serviría como punto de contacto (principalmente trabajadores/as sociales). Estos puntos de contacto en cada instalación contactaban directamente con los trabajadores/as y brindaban información detallada sobre el estudio, características, formularios de consentimiento, así, a los trabajadores que estaban

interesados en participar en el estudio se les proporcionó el correo electrónico del IP y también una dirección web con la dirección de enlace al cuestionario.

Finalmente, la recolección de datos se llevó a cabo mediante cuestionarios en línea a través de la aplicación Google Cuestionarios, esta herramienta ha demostrado ser metodológicamente viable y particularmente útil para asegurar un poder estadístico satisfactorio mediante estudios previos como herramienta de recolección (Gosling et al., 2004; Horton et al., 2011). Al inicio del cuestionario en línea, se indicaba el propósito de la investigación y la información al participante sobre la posibilidad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento. El cuestionario fue totalmente voluntario y anónimo (sin recabar ningún dato personal) con el fin de garantizar la confidencialidad de los/as participantes. Además, la investigación cumplió con los principios éticos para las investigaciones de las declaraciones de Helsinki (Organización Medica Mundial [OMS], 2008).

4.4.Instrumentos

El instrumento utilizado para ambas fases de la investigación es el cuestionario, tal y como hemos indicado con anterioridad ambos fueron distribuidos utilizando la herramienta de Google Cuestionarios.

No obstante, la composición de dichos cuestionarios difiere dependiendo de la fase de la investigación en la que nos encontremos.

- Pilotaje.

En el caso del pilotaje, el cuestionario empleado, fue un cuestionario ad-hoc que constaba de quince preguntas de respuesta múltiple entre las cuales había opciones de única respuesta o de respuesta múltiple.

Dentro de las quince preguntas, ocho eran relativas a variables demográficas: cuatro referentes a la persona encuestada y cuatro al centro residencial y siete a distintas variables relacionadas con el duelo, así como de los protocolos de duelo existentes en el centro en cuestión.

- Estudio analítico más amplio.

Para la creación del cuestionario para trabajadores/as de residencias de personas mayores en Sevilla se analizaron variables demográficas y laborales diseñadas “ad-hoc” específicamente para la presente investigación y cuatro instrumentos de evaluación psicológica validados.

Información demográfica y laboral. Los participantes completaron información de antecedentes sobre su edad (codificada como variable continua), sexo (femenino o masculino), puesto en la residencia de personas mayores (personal o supervisor), sector laboral (administrador público o empresas), horas de trabajo (trabajando a tiempo completo o parte laboral). tiempo) años de experiencia en una residencia de personas mayores (codificado como variable continua), y duración del empleo en la residencia de personas mayores actual (codificado como variable continua).

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Adaptado de Lovibond y Lovibond (1995), DASS-21 es una forma corta de medida de autoinforme de 42 ítems de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desarrollada por Brown et al. (1997). DASS-21 fue diseñado para medir tres subescalas de angustia emocional: síntomas de depresión (p. Ej.,

Pérdida de autoestima / incentivos y estado de ánimo deprimido), ansiedad (p. Ej., Miedo y anticipación de eventos negativos) y estrés (p. Ej., Estado persistente de sobre excitación y baja tolerancia a la frustración) durante la última semana. Cada subescala está compuesta por 7 ítems (por consiguiente, con un total de 21 ítems) utilizando una escala de tipo Likert de 4 puntos que van desde 0 (“no me aplicó en absoluto”) a 3 (“me aplicó mucho o la mayor parte del tiempo”), obtenido una puntuación individual para cada una de las subescalas (de 0 a 21). En la investigación actual, se utilizó la versión en español de DASS-21 validada por Daza et al. (2002).

Burnout. Se utilizó Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1986). El MBI es una escala auto reportada de 22 ítems compuesta por tres subescalas: nueve ítems que miden el agotamiento emocional (grado en el que uno se siente sobrecargado y agotado por el trabajo), cinco ítems enfocan la despersonalización (actitudes y conductas negativas hacia los receptores de cuidados) y ocho elementos que miden los logros personales (sentimientos de competencia y logros en el trabajo). Cada ítem se mide en una escala tipo Likert de siete puntos que oscila desde 1 ("completamente en desacuerdo") hasta 7 ("completamente de acuerdo"), suponiendo una puntuación más alta, un nivel general más elevado de agotamiento emocional. Se ha encontrado que esta versión en español del MBI tiene fuertes propiedades psicométricas (De las Cuevas, 1994), siendo la misma utilizada en el presente estudio de investigación.

Escala de apoyo al duelo en la atención médica. Desarrollada por Anderson et al. (2010), la herramienta Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) es una escala auto reportada de 15 ítems compuesta por tres subescalas (cinco ítems por subescala): (1) reconocimiento de la relación (nombrada así, dado que “el apoyo al duelo se basa en el reconocimiento y la autenticación de las relaciones que existen entre los trabajadores de la salud y aquellos que están bajo su cuidado”), (2) el reconocimiento de la pérdida (se

teoriza que el apoyo al duelo se concentra solo cuando las pérdidas son reconocidas), y (3) la inclusión del doliente (facilitar e incluir a los trabajadores de la salud en tales rituales de duelo, por ejemplo, ceremonias de recordación, funerales, pueden ser elementos críticos de apoyo en sus procesos de duelo). Cada ítem se mide en una escala Likert de siete puntos que oscila de 1 ("muy en desacuerdo") a 5 ("muy de acuerdo"). Una puntuación más alta en el GSHCS indica síntomas más altos de apoyo específico para el duelo. Se utilizó la versión española de GSHCS adaptada y validada por Vega et al. (2015), reportando fuertes propiedades psicométricas.

Duelo desautorizado. En la investigación actual, se evaluó el duelo privado del derecho a voto utilizando la versión validada por Anderson y Gaugler (2007) entre residencias de personas mayores en los Estados Unidos. La escala Disenfranchised Grief es un cuestionario de auto reporte de 15 ítems que se encuentra diseñado para medir la presencia y la fuerza de los factores que pueden privar de derechos al duelo, medidos mediante una escala Likert de 5 puntos que abarcan desde 1 ("muy en desacuerdo") a 5 ("muy en desacuerdo"). En este momento cabe destacar que los ítems 11 y 14 se miden mediante una puntuación inversa. La Escala de síntomas de duelo se ha utilizado en una amplia variedad de muestras y países, entre los cuales se encuentra España.

4.5. Análisis de datos

- Pilotaje:

Para la realización de nuestro pilotaje, los datos se analizaron estadísticamente utilizando el software Microsoft Excel 365, aplicación que lleva utilizándose a nivel mundial para el cálculo matemático-estadístico desde 1985, siendo uno de los primeros programas informáticos diseñados para este propósito (Pérez López y Capella, 2002).

El análisis de datos se realizó siguiendo tres pasos principales: en primer lugar, calculamos la puntuación media de cada una de las variables que conformaban nuestro cuestionario. En segundo lugar, calculamos la correlación entre aquellas variables que nos resultaban de interés para las diferentes hipótesis planteadas, de este modo utilizamos la opción de *correl* que, entre las diferentes variables, obteniendo una correlación de 0,65, siendo esta correlación positiva moderada. Para su interpretación consideramos como referencia los intervalos de correlación: 0,2 a 0,39 (Positiva baja) 0,4 a 0,69 (Positiva moderada) y 0,7 a 0,89 (Correlación positiva alta) (McCullough y Wilson, 2005).

- Estudio analítico más amplio:

Los datos se analizaron estadísticamente utilizando el software estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 22.0 para Windows) en tres pasos: en primer lugar, se calcularon la puntuación media (*M*) y la Desviación Estándar (*DE*) para cada una de las escalas utilizadas (general y subescalas). Adicionalmente, se estimó los niveles de consistencia interna de las diferentes escalas utilizadas (general y subescalas) mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), así como el intervalo de confianza del percentil bootstrap del 95% (ICBP95%) (Davison y Hinkley, 1997). En segundo lugar, se calculó la asociación mediante la prueba de Pearson (para evitar analizar la multicolinealidad entre escalas generales y subescalas) para analizar la asociación entre las puntuaciones generales de las escalas DASS21, MBI-GS, GSHCS y Disenfranchised Grief. Finalmente, se calculó una segunda asociación de Pearson entre las subescalas DASS21 (depresión, ansiedad y estrés), subescalas MBI (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), subescalas GSHCS (Reconocimiento de la relación, Reconocimiento de la pérdida e Inclusión del doliente). Para todos los análisis, se adoptó un nivel de significación de $p < .05$ en todos los contrastes.

SECCIÓN II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SECCIÓN II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como hemos indicado con anterioridad, hemos desarrollado la investigación general que abarca el computo de publicaciones que componen esta tesis doctoral en dos fases, habiendo diferenciaciones entre la unidad de análisis de las dos fases. Es por ello por lo que, siguiendo el patrón marcado hasta ahora, dividiremos las distintas subsecciones que componen esta sección en dos apartados: Pilotaje y Estudio analítico más amplio.

- Unidad de Análisis

- a) Pilotaje

La atención al duelo en las residencias de personas mayores desde la óptica de los profesionales que trabajan en ellas.

- b) Estudio analítico más amplio

La relación existente entre el duelo, el duelo desautorizado, la depresión ansiedad, estrés y el burnout entre profesionales de residencias de personas mayores.

- Unidad de Observación

Nuestra unidad de observación serán los distintos profesionales implicados en el proceso de duelo con las personas mayores dentro de las residencias.

SECCIÓN III
OBJETIVOS A ALCANZAR

SECCIÓN III. OBJETIVOS A ALCANZAR

Los objetivos que nos hemos marcado en las investigaciones que componen la presente tesis doctoral son los siguientes:

Objetivos generales:

- c) Analizar la atención al duelo en las residencias de personas mayores desde la óptica de los/as profesionales que trabajan en ellas.
- d) Estudiar la relación existente entre el duelo, el duelo desautorizado, la depresión ansiedad, estrés y el burnout entre profesionales de residencias de personas mayores.

Objetivos específicos:

- e) Observar la percepción que tienen los/as distintos profesionales sobre su trabajo del duelo en las residencias de personas mayores; y cómo la existencia o inexistencia de un protocolo de duelo puede afectar a la misma.
- f) Aislar los principales factores facilitadores y debilitadores que el equipo de profesionales de las residencias de personas mayores percibe para su trabajo con el duelo, y las diferencias existentes dependiendo de su rol profesional.
- g) Averiguar que figura es percibida por el conjunto de profesionales de las residencias de personas mayores como responsable de la gestión de los procesos de duelo en el centro.
- h) Analizar si las diferentes variables descriptivas de las residencias de personas mayores afectan a la percepción que tienen los/as distintos/as profesionales que en ellas trabajan sobre el duelo.

- i) Analizar la asociación entre las variables: duelo, el duelo desautorizado, depresión, ansiedad, estrés y el burnout y la posibilidad de utilizarlas armónicamente en un solo cuestionario.
- j) Explorar la asociación entre las variables duelo y burnout entre los/as profesionales de residencias de personas mayores.

En lo que respecta al abordaje de los objetivos generales y específicos en las distintas publicaciones, hemos realizado la siguiente tabla resumen, a fin de facilitar la visualización de la información. No obstante, podemos indicar que el primer objetivo general, ha sido abordado en las dos publicaciones que conforman el pilotaje previo junto con los objetivos específicos 1,2,3 y 4. Mientras que el segundo objetivo general y los objetivos específicos 5 y 6 serían abordados en las publicaciones relativas al estudio analítico más amplio.

Tabla 3: Relación de objetivos generales y específicos por publicación.

Fase	Objetivo general	Objetivos específicos	Publicación
1	Analizar la atención al duelo en las residencias de personas mayores desde la óptica de los profesionales que trabajan en ellas.	Observar la percepción que tienen los distintos profesionales sobre su trabajo del duelo en las residencias de personas mayores y cómo la existencia o no existencia de un protocolo de duelo puede afectar a la misma.	Mourning Protocols in Nursing Homes Print ISBN: 978-3-030-18592-3
		Aislar los principales factores facilitadores y debilitadores que el equipo de profesionales de las residencias de personas mayores percibe para su trabajo con el duelo y las diferencias existentes dependiendo de su rol profesional.	The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities Print ISBN: 978-3-030-69093-9
		Averiguar que figura es percibida por el conjunto de profesionales de las residencias de personas mayores como responsable de la gestión de los procesos de duelo en el centro.	The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities Print ISBN: 978-3-030-69093-9
		Analizar si las diferentes variables descriptivas de las residencias de personas mayores afectan a la percepción que tienen los distintos profesionales que en ellas trabajan sobre el duelo.	Mourning Protocols in Nursing Homes Print ISBN: 978-3-030-18592-3
2	Estudiar la relación existente entre el duelo, el duelo desautorizado, la depresión ansiedad, estrés y el burnout entre profesionales de residencias de personas mayores.	Probar la asociación entre las variables: duelo, el duelo desautorizado, la depresión ansiedad, estrés y el burnout y la posibilidad de utilizarlas armónicamente en un solo cuestionario	Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study Print ISBN: 978-3-030-69093-9
		Explorar la asociación entre las variables duelo y burnout entre los profesionales de residencias de personas mayores.	The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain y La influencia del duelo en el burnout. Print ISBN: 978-3-030-69093-9 y ISBN 978-84-1345-726-0

Fuente: Elaboración propia

SECCIÓN IV
MARCO TEÓRICO

SECCIÓN IV. MARCO TEÓRICO

1. El duelo

1.1.El duelo y sus fases

A lo largo del siguiente apartado, vamos a hablar sobre el duelo, el cual podría ser definido como una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante la pérdida dolorosa, por lo que es una tarea que ha de realizarse siempre que existan dichas pérdidas (Pérez, 2006).

Tal y como describe White, el duelo es un proceso natural en el ser humano, el cual en un principio no debe ser tratado de manera patológica, siempre y cuando este proceso no se complique (2015).

La mayoría de las personas superan de manera satisfactoria los duelos, pero en el 10% de los casos este duelo se convierte en un duelo prolongado o complicado.

Cómo hemos descrito con anterioridad el duelo se puede definir como el proceso de aceptación tras la pérdida de algo o de alguien, englobando de este modo tanto as pérdidas personales, físicas y de habilidades o capacidades. No obstante, para el desarrollo de la presente tesis doctoral, con el fin de acotar el campo de investigación, vamos a centrarnos únicamente el duelo por pérdida de un ser humano.

A pesar de que el duelo de cada persona es único y no sigue un completo esquema fijo y una trayectoria, podemos obtener una serie de fases en base a las cuales normalmente se basan los duelos (Shah y Meeks ,2012).

No obstante, dependiendo del autor de referencia estas fases oscilan entre tres y cinco y adquieren distintos nombres, de esta forma para Morla, citando a Brown y Stoudemire, el proceso de duelo consta de 3 fases: choque, preocupación y resolución (2008); según

Bowlby por su parte, establece 4 fases del duelo: entumecimiento, que se caracteriza por un estado de aturdimiento, negación, cólera y no aceptación; anhelo y búsqueda, en las que el individuo siente una profunda añoranza y tiene pensamientos constantes sobre el fallecido (1961) ; fase de desorganización y desesperanza, donde se incorpora la contundencia de la realidad de la pérdida con todos los síntomas y se impone el desconsuelo, y fase de organización, en la que el individuo comienza a salir del duelo, se incorpora a la vida y se instaura el recuerdo reparador que internaliza la pérdida y la integra al yo (García y Rozo, 2019).

Para el desarrollo de la presente tesis doctoral vamos a escoger como referencia aquellas fases presentadas por Gala et al. (2002) aunque como hemos mencionado con anterioridad, hay diversidad de opiniones respecto a la división y nomenclatura de estas.

Tabla 4: Fases del duelo

Fase 1: Fase de entumecimiento o shock	Caracterizada por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad
Fase 2: Fase de anhelo y búsqueda	Suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad
Fase 3: Fase de desorganización y desesperanza	En esta fase la realidad perdida comienza a establecerse y revive continuamente los recuerdos del fallecido. Rompiendo los esquemas de su estilo de vida.
Fase 4: Fase de reorganización	Si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de (Gala et al., 2002).

El duelo no siempre tiene un curso esperado, puede suceder que se convierta en un proceso patológico, que Parkes (1998) clasifica en 3 tipos:

- Síndrome de pérdida inesperada: en el que la etapa de obnubilación es muy larga y duradera, generalmente cuando ocurre la muerte de un hijo
- El síndrome de duelo ambivalente: que sucede cuando la persona no sabe si se alegra o se entristece por la pérdida y cursa con muchos sentimientos de culpa.
- El síndrome de duelo crónico: cuando el proceso se prolonga mucho más de lo esperado (Garcandía y Rozo, 2019).

1.2.Los distintos tipos de duelo

Dependiendo de las características que definen al duelo según su desarrollo, podemos diferenciar: duelo patológico, duelo anticipado, el preduelo, el duelo inhibido o duelo negado, el duelo crónico o duelo incompleto y el duelo retardado.

- Duelo patológico: es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto (Meza et al., 2008).
- Duelo anticipado: Fulton define al duelo anticipado como un tipo de duelo que puede ocurrir cuando un individuo tiene la posibilidad de anticipar la muerte

de un ser querido o la propia. Siendo el duelo anticipado un proceso complejo y multi dimensional que abarca multiplicidad de acciones frente al reconocimiento de la muerte irrevocable propia o de alguien amado (2003).

- El preduelo: Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más (Meza et al., 2008).
- El duelo inhibido o duelo negado: Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción (Meza et al., 2008).
- El duelo crónico o incompleto: Es aquel duelo que tiene una duración excesiva, debido a que alguna de las fases de este no se ha superado de forma completa (Espina et al., 2005).
- El duelo retardado: La reacción ante la muerte de la persona fallecida se aplaza, mostrándose en aquellas personas que en las fases iniciales del luto parecen mantener un control total de la situación, sin dar signos evidentes de sufrimiento. Esto suele darse en algunos casos, debido a la preocupación por ayudar a familiares y atender a diversas necesidades, exigidas por las circunstancias, no dejándoles tiempo para ocuparse de la correcta gestión de las emociones personales y aplazando el proceso de duelo, en otras ocasiones es la misma persona, la que pospone esta gestión de las emociones al no poder afrontarlas de manera directa en el tiempo requerido. De esta forma se volcarían en actividades frenéticas para no tener que pensar en lo sucedido, teniendo un alto grado de probabilidad de experimentar este tipo de duelo diferido, después de meses, años, bastando únicamente o una imagen o un

recuerdo para desencadenar el duelo no resuelto que tienen dentro de sí (Ahlers Moreno, 2018)

Además de estos tipos de duelo, también creemos necesario mencionar el duelo por muerte social y por muerte psíquica en los cuales no vamos a profundizar debido a su escasa relevancia con nuestro objeto de estudio y los duelos no autorizados los cuales encontrarán de manera más extensa en el siguiente apartado.

1.3. El duelo en el entorno laboral: duelos no autorizados

Antes de adentrarnos en el duelo y el entorno laboral, nos gustaría puntualizar un tipo de duelo, del que no hemos hablado hasta el momento, con la idea de introducirlo de manera específica en este epígrafe, como son los duelos no autorizados.

Se ha escrito mucho sobre patrones generales de duelo. Aunque las cuatro etapas de negación del duelo, ira, negación, depresión y aceptación de Elisabeth Kübler-Ross todavía dominan la mayor parte de la enseñanza y el entrenamiento, muchos aspectos de su teoría han sido desafiados, particularmente la noción de etapas progresivas que terminan en aceptación (Bonanno y Boerner, 2007; Silver y Wortman, 2007; Stroebe et al., 2017).

Si bien estos patrones generales sirven como un telón de fondo importante, el concepto de duelo desautorizado, propuesto por primera vez por Doka en 1989 y perfeccionado desde 2002, tiene relevancia para los trabajadores de atención domiciliaria. El dolor de los trabajadores de la salud a menudo se describe como "privado de sus derechos" (Anderson y Gaugler, 2007; Moss y Moss, 2002) o un dolor "que no se reconoce abiertamente, no se valida socialmente ni se observa públicamente" (Doka, 2002).

En el contexto del duelo por la muerte de otra persona, la distinción principal que distingue el duelo desautorizado de un rango normal de experiencia de duelo es la falta de reconocimiento social y validación de la importancia de la relación de la persona en duelo con el difunto (Silva, 2000; Whipple, 2006).

Por duelos no autorizados entendemos a aquellos que no se puede manifestar abiertamente, ya que están de algún modo prohibidos por el entorno particular o la sociedad en general. En esos casos, las personas deben sufrir a solas y, en muchos casos, hasta esconder sus manifestaciones de dolor.

El concepto de duelo desautorizado fue descrito por primera vez por Doka en 1998 y perfeccionado a lo largo de los años, y se entiende por este como un proceso de duelo que no puede ser expresado de manera pública por diversas razones, las cuales podríamos dividir en dos vertientes principales (Kauffman, 2002, 2010):

- La internalización de normas culturales relativas al tipo de duelo que debe o no ser expresadas públicamente y que pueden ser adoptadas por la persona doliente para impedirle desarrollar un duelo, convirtiéndolo de esta forma en un duelo desautorizado.
- La presión o discriminación sociales que pueden conducir a que el doliente no exprese el duelo de manera normalizada, transformándolo de esta forma en un duelo desautorizado.

Como podemos observar, ambas opciones denotan una influencia cultural y social en el desarrollo del duelo, el cual derivaría en duelo desautorizado en el primer caso por la internalización de dichas normas culturales; y el segundo caso por la presión social ejercida por actores sociales que han internalizado dichas normas, aunque no sea el caso del doliente en particular (Doka, 2016).

En lo relativo a la segunda vertiente, sobre la presión o discriminación social, Charles Corr, realizó un estudio en 2002, donde expresó las distintas formas de presión o discriminación social que se podían ejercer hacia un doliente convirtiendo su duelo en desautorizado, siendo estas:

- Reacciones o expresiones acerca del duelo: Pueden llevar al duelo desautorizado cuando alguien insiste al doliente de lo inapropiado de sus sentimientos, efectos somáticos, pensamientos o reacciones espontáneas por el fallecimiento de la persona en cuestión.
- La privación de rituales socialmente importantes para el doliente, como el entierro o el velatorio, que en determinadas culturas son imprescindibles para el proceso de duelo. Esta privación puede abarcar desde no asistir a dichos rituales, restándoles importancia, no permitir al doliente asistir a los mismos o privar al doliente de que se celebren.
- Los inconvenientes del proceso de duelo son desautorizados cuando forzamos al doliente a que termine este proceso antes de que él o ella se encuentre preparado/a, desautorizando de esta forma una parte del proceso de duelo.
- El no reconocimiento de la pérdida: Este es uno de los tipos de duelos no reconocidos que más daño le hace al doliente. Corresponde a los casos en los que no se le otorga valor social a la muerte de una persona. Cuando no resulta moralmente significativa para los demás.¹ Se enmarcan en este tipo de pérdidas la muerte de un paciente, un usuario, un residente etc.... debido a que socialmente la categoría profesional del doliente debe impedir que le afecte la pérdida. La pérdida de una mascota, la muerte de un criminal etc....

- La relación no es reconocida: Esta situación supone el no reconocimiento de la relación del doliente con la pérdida como socialmente significativo, dado que su relación se considera proscrita, inmoral o no tolerable. Por ejemplo, la pérdida de un amante, de una expareja, o la pérdida de una pareja en una relación homosexual no reconocida.
- No se reconoce al doliente: Estos casos son aquellos en los que la sociedad no reconoce la capacidad del duelo al doliente. Entre estas se encuentran las personas con discapacidad, niños o personas mayores con enfermedades neurológicas graves.

Robson y Walter (2013). en su estudio relativo al concepto de duelo desautorizado, realizan una crítica sobre la dualidad de este concepto indicando que no es cuestión de existencia o no de este tipo de duelos, sino que existen escalas sociales, sobre el grado de duelo que debe o no expresar el doliente, comprendiendo de esta forma: Los/as principales dolientes, los/as primeras reservas y los dolientes menores.

Estudios realizados por diversos autores nos muestran la prevalencia de este fenómeno, en personas homosexuales (Millette y Bourgeois-Guerin, 2020), en duelos hacia mascotas (Bussolari et al., 2021), en la población general ante las muertes durante la pandemia del SARS COVI-19 en Estados Unidos (Wallace et al., 2020), o bien en el colectivo de profesionales de cuidados paliativos de hospitales (Montoya, 2006; Gómez et al., 2015) centros de personas mayores (Aderson y Even, 2011; Boelen et al., 2016; Carmassi et al., 2015).

Una vez aclarado el concepto de duelo no autorizado, durante el cual, hemos enmarcado la pérdida de un paciente, usuario, residente por un profesional, podríamos definir que el

duelo que sufre un profesional de una residencia de personas mayores es un duelo no autorizado.

No obstante, si bien hemos definido los subtipos de duelo no autorizado, ahora nos centraremos en como un duelo no autorizado puede afectar a una persona, en este caso a un/a profesional dentro de las residencias de personas mayores.

El doliente que atraviesa un proceso de este tipo suele sentir culpa o dudas sobre si sus sentimientos son válidos o no. Cuando el entorno y la sociedad le apremian para que se sienta mejor y para recuperarse rápido minimizando la importancia del dolor y de este tipo de fallecimientos, el doliente puede sentirse inseguro con respecto a los derechos que tiene acerca de su dolor.

En otras ocasiones lo que puede suceder es que el doliente no sienta espacio para dolerse, es decir: que no encuentre en su entorno más próximo ni el reconocimiento ni el apoyo necesario para elaborar su duelo.

También suelen aparecer sentimientos de rabia y enfado hacia los demás, ante la falta de permiso para estar triste. Cuando el doliente no encuentra este espacio o apoyo en los demás, e incluso siente presión para estar mejor, aparece una tendencia al aislamiento. Este aislamiento se demuestra dejando de quedar con los amigos, no compartiendo con los demás cómo se siente y escondiendo cada vez más el dolor.

Yiyi, en su estudio realizado a 119 cuidadores familiares primarios de pacientes en cuidados paliativos, apreció prevalencia de duelo complicado en esta muestra según DSM (15%), ICG (18,3%), CE (20,8 %) a los 6 meses, con una mayor probabilidad de duelo complicado en aquellas personas que tenían duelos no resueltos y duelos acumulados (2016).

Este estudio sitúa a los cuidadores familiares primarios de los pacientes paliativos como su objeto de estudio, debido a las horas de dedicación de los cuidados y a la inevitabilidad de la muerte del familiar. Cuestiones fácilmente extrapolables a los/as trabajadores/as de las residencias de personas mayores, los cuales dedican sus jornadas laborales al cuidado de residentes que por características biológicas generales que atañen al ciclo vital, verán sus capacidades físicas, motoras y sensoriales en detrimento a lo largo de su estancia en el centro.

Un estudio realizado por Montoya, R (2006), sobre profesionales sanitarios en residencias de personas mayores, basado entre otras técnicas en entrevistas a profesionales, y dando entre otros resultados, la percepción de la muerte de residentes de la siguiente forma:

Pena o pesar es un sentimiento que reconocen todos los entrevistados a la hora de valorar la muerte de un residente. Aunque resulte paradójico muchas veces la pena va acompañada de alivio por el fin del sufrimiento, alegría o satisfacción por el trato que le dieron a esa persona en vida. El cariño y la añoranza siempre están presentes en las conversaciones dentro de la residencia. Hay muchas formas de recordar a las personas fallecidas: por la habitación, por la ropa que llevaban o por la forma de morir. Todos los entrevistados reconocen que sienten más afecto por unos residentes que por otros: “Que cuando entras a su habitación, aunque haya otra persona te acuerdas de ellos. Y dices. ¡oh! Aquí estaba y hacía esto o lo otro” Existen algunos casos que, realmente, causan dolor o sufrimiento en el personal. Las muertes súbitas, repentinas o de gente joven son potencialmente más dañinas al ánimo de los profesionales: “La mujer que estaba bien, y por la noche cuando íbamos a hacerle el cambio de pañal estaba muerta” (Montoya, 2006).

Respecto a cómo se sienten los profesionales a estas muertes, el estudio afirma que muchos de los profesionales entrevistados comentan que se han construido a lo largo de

los años escudos para acostumbrarse a la muerte y que no les afecte en el plano personal. Muchos de estos escudos están basados en la no implicación emocional, aunque algunos entrevistados afirman que han asumido la muerte o la ven como algo natural: Últimamente ya te haces una coraza. Te sientes más, en ese aspecto, un poco más frío, más duro, más superficial. Pero sin duda la estrategia más utilizada por los profesionales para aliviar la penosidad de su tarea es considerar la muerte como una alternativa al sufrimiento y la agonía: Porque esa persona está tan mal. Es que no le estás dando calidad de vida. Para algunos de los entrevistados resulta necesario que, cuando echen la vista atrás, comprueben que han hecho todo lo posible por esa persona que ha muerto, y que la han tratado dignamente (Montoya, 2006)

Este estudio alega las siguientes conclusiones referidas a los sentimientos de los profesionales y sus actuaciones respecto a la muerte de los residentes: Los sentimientos que causa en los trabajadores el fallecimiento de los residentes son contradictorios. De la pena o el dolor por el apego emocional, al alivio por el fin del sufrimiento del moribundo y la satisfacción de haber podido ayudarle en los momentos finales. Como apuntan otros estudios los profesionales deben hacer frente a una gran carga emocional derivada de las constantes pérdidas humanas que se producen en la residencia. Es por eso por lo que dotan de significado a la muerte de los residentes y contemplan la muerte como un descanso, el fin a un sufrimiento, elaborando estrategias para considerar el proceso de morir como normal o acostumbrarse a él (Montoya, 2006).

2. Las residencias de personas mayores

2.1. Las residencias de personas mayores en España

Una residencia es un centro de servicios gerontológicos de carácter sociosanitario, cuya misión es favorecer el desarrollo personas del mayor desde una concepción integral de a

persona y una intervención individualizada e interdisciplinar, priorizando a los más desfavorecidos y estando plenamente inserta en la comunidad (Lares, 2012).

Una residencia para personas mayores es un centro de servicios sociales especializados destinado a procurar una alternativa de alojamiento (temporal o permanente) para personas mayores de 65 años o aquellas que, superando los cincuenta, sean pensionistas por cualquier contingencia. Allí se les procurará alojamiento, alimentación y una atención integral que favorezca su desarrollo personal.

Durante los últimos años, debido a diferentes características, social, política y demográfica la popularidad de este modelo de atención a la persona mayor, ha aumentado en los últimos años, tal y como indica el periódico el mundo y la siguiente tabla:

Tabla 5 Personas Mayores en Residencias por sexo y edad

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
65 a 69 años	1.5829	5,46	8.318	9,33	7.511	3,74
70 a 74 años	2.1458	7,40	9.922	11,13	11.536	5,74
75 a 79 años	42.455	14,64	16.754	18,80	25.701	12,79
80 a 84 años	68.118	23,49	20.978	23,53	47.140	23,47
85 a 89 años	79.768	27,50	21.015	23,58	58.753	29,25
90 a 94 años	45.072	15,54	9.182	10,30	35.890	17,87
95 a 99 años	14.752	5,09	2.637	2,96	12.115	6,03
100 o más años	2.567	0,88	326	0,37	2.241	1,11
Total	29.0019	100	89.132	100	200.887	100

Fuente: IMSERSO (2012).

El número de personas que viven en residencias casi se ha triplicado en los últimos años, algunas de las características socio-políticas que han llevado a dicho aumento son:

- Proceso de industrialización y desarrollo del sector terciario en torno a las grandes ciudades, donde emigran las jóvenes generaciones. Las personas mayores que quedan en las zonas rurales ven disminuidas sus redes sociales y tienen menos oportunidades que en el medio urbano para acceder a los servicios de atención. Por su parte, quienes envejecen en núcleos urbanos se encuentran con los problemas inherentes a este tipo de hábitat, que se agudizan en las grandes metrópolis (Rodríguez Rodríguez, 2007).
- Tendencia progresiva hacia modelos familiares de tipo nuclear, reducción del tamaño de la familia y distanciamiento geográfico entre las generaciones (Feng et al., 2017).
- Incremento considerable del valor del suelo y consiguiente predominio de las viviendas de reducido tamaño (Rodríguez Rodríguez, 2007).
- La migración del entorno rural al entorno urbano, por parte de los hijos, dejando a las personas mayores, solas en el medio rural (Feng et al., 2017).
- La inclusión de la mujer en el mundo laboral, lo cual no significa que esta renuncia a la familia, sino que las dificultades de compaginar trabajo y hogar, de combinar las prioridades de los diferentes papeles, lo que requiere poner en práctica, de forma efectiva, alternativas como las residencias (Martínez Sola y Siles Gonzalez, 2010).
- Inestabilidad de la institución familiar (duración incierta del matrimonio u otras uniones: separaciones, divorcios, cambios de pareja) y diversidad de familias (familias monoparentales, parejas homosexuales, uniones fuera del matrimonio convencional...).
- Aumento espectacular de la esperanza de vida y descenso notable de la fecundidad que ha provocado un envejecimiento de la población sin precedentes. El

porcentaje de las personas mayores de las personas mayores de 65 años con respecto al conjunto de la población española pasa de representar un 8% en 1960 a ser de más de un 17% en el año 2006.

- Proliferación de los hogares unipersonales entre las personas mayores de 65 años (casi el 50% de las personas mayores viven solas en algunos de los países del Norte de Europa; en España el 23% en 2005).
- Emergencia del fenómeno de la dependencia (necesitar ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), muy agudizado en los países más desarrollados por su mayor esperanza de vida (Rodríguez Rodríguez, 2007).

2.2. La red profesional en las residencias de personas mayores en España.

En las residencias de personas mayores, podemos encontrar un crisol de profesiones, especializadas en el cuidado del mayor, las cuales tejen entre si la red de asistencia que este colectivo necesita. Siendo imprescindible el trabajo en red y la colaboración entre todas y cada una de ellas.

- Auxiliar de enfermería:

La mayoría de las trabajadoras que ocupan esta ocupación proceden de la formación profesional reglada (PF Auxiliar de Enfermería) aunque también existen auxiliares de ayuda a domicilio o con formación de otros subsistemas de formación profesional. En el caso de haber realizado Cursos de formación profesional ocupacional, éstos pueden ser de la familia profesional de servicios a la comunidad y personales (como auxiliar de ayuda a domicilio cuidador de personas con diversidad funcional física y psíquica, de la familia profesional de sanidad (atención especializada para enfermos de Alzheimer, auxiliar de enfermería en geriatría o auxiliar de enfermería en hospitalización) (Junta de Andalucía, 2007).

Su cometido se basa en prestar ayuda directa a aquellas personas mayores, frágiles o con cierto grado de dependencia que son usuarias de centros de atención diurna o que viven en alojamientos residenciales. Esta ayuda puede estar destinada a las tareas de mantenimiento de sus enseres o atender sus necesidades personales (en la realización de actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales) (IMSERSO, 2015).

Y su competencia general en proporcionar cuidados auxiliares en entornos institucionales a personas mayores que presentan algún grado de dependencia o que presentan una situación de necesidad (salud física, psíquica o social), aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener su salud y mejorar su autonomía personal y social (IMSERSO, 2015).

- Director/a:

Son directores/as aquel diplomado/a y con formación especializada en dirección y gestión de este tipo de recursos, una enseñanza de postgrado impartido por un número muy heterogéneo de instituciones: Universidades, Centros de Formación Privados, Fundaciones, Federaciones de empresarios. Otros directores/as han optado por capacitarse por medio de cursos de especialización en Gerontología Social (una formación más genérica que la anterior y que enseña más de fundamentos y de estrategias de intervención que de dirección y gestión.) (Junta de Andalucía, 2007).

Su competencia general es Gestionar los recursos de que dispone, humanos y materiales, para que la institución proporcione los servicios para los que está destinada. Empleando las mejores estrategias de organización y trabajo en equipo que optimicen el desempeño de todo el personal y velando por que se apliquen los mejores métodos y procedimientos para una atención de calidad. (IMSERSO, 2015).

- Animador/a sociocultural:

Son animadores/as socioculturales aquella persona graduada o diplomada en Pedagogía, Licenciado en Psicopedagogía, Diplomado en Educación Social, Diplomado en Trabajo Social, Técnico Superior en Animación Sociocultural (TASOC, FP Grado Superior), Monitor sociocultural (PF Ocupacional), Monitores de tiempo libre (Junta de Andalucía, 2007).

Su competencia general es Gestionar los recursos de que dispone, humanos y materiales, para que la institución proporcione un adecuado servicio de animación y ocio. Diseñando programas, diagnósticos sociales y lúdicos, empleando las estrategias de intervención socio-comunitaria más adecuadas para lograr el objetivo de la participación y disfrute de los destinatarios, y potenciar su desarrollo personal y social (IMSERSO, 2015).

- Terapeuta Ocupacional:

Es necesario para trabajar en esta área el grado Universitario en Terapia Ocupacional o el grado. Para completar la misma existen cursos de especialización en terapia ocupacional en geriatría (Junta de Andalucía, 2007).

Sus competencias generales se basan en organizar los recursos humanos y materiales de los que dispone para organizar el departamento o Área de Terapia Ocupacional cuyo objetivo es maximizar la funcionalidad y apoyar el nivel de ocupación del mayor, ofreciendo técnicas de adaptación-compensación a través de la simplificación de tareas, la modificación del entorno y la aplicación de técnicas propias de la disciplina (IMSERSO, 2015).

- Fisioterapia

Para trabajar como fisioterapeuta en esta área es necesaria la diplomatura o el grado universitario en fisioterapia. Y cursos de especialización en fisioterapia en geriatría (Junta de Andalucía, 2007).

Sus funciones son organizar y desarrollar el área de la fisioterapia buscando la rehabilitación de la persona, o lo que es lo mismo, disminuir el efecto de las lesiones que producen incapacidad y minusvalías, controlar los síntomas por medios físicos y a permitir que el mayor pueda (IMSERSO, 2015).

- Psicólogos

Para ejercer como psicólogo en una residencia de personas mayores es preciso el grado o licenciatura en Psicología. Curso de Psicología en Geriatría, Psicología del envejecimiento, Neuropsicología clínica, cursos monográficos sobre demencias, etc. Otros cursan formación especializada en Gerontología Social o jornadas y congresos organizados por las sociedades científicas (Junta de Andalucía, 2007).

Su competencia general es gestionar los recursos de que dispone, humanos y materiales, para que la institución proporcione los servicios para los que está destinada. Haciendo las evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, los diagnósticos y desarrollando los programas de estimulación y reeducación más acordes para cada caso. Así mismo, asistiendo de forma terapéutica en aquellos casos y en los programas específicos que así lo precisen (IMSERSO, 2015).

- Enfermero/a

Para ocupar este cargo en esta determinada área es preciso el grado o diplomatura Universitaria en Enfermería. Formación especializada en Gerontología Social y muchas

más participan en acciones formativas y jornadas organizadas por las sociedades científicas. Aunque desde hace tiempo se viene reclamando por los sectores profesionales y científicos la creación de la especialidad en enfermería geriátrica (Junta de Andalucía, 2007).

Su función es proporcionar cuidados personalizados a los mayores para que satisfagan sus necesidades de salud personales y sociales. Para lo cual deberá ser capaz de organizar el funcionamiento del área de enfermería, asumiendo el liderazgo de la planificación, ejecución y evaluación del proceso de cuidado (IMSERSO, 2015).

- Trabajador/a Social

Para ejercer como trabajador/a social en un centro de personas mayores es necesario el grado o la licenciatura Universitaria en Trabajo social. Los Trabajadores/as sociales / Asistentes Sociales Formación por medio de la formación de postgrado en gerontología social. También existe una oferta, aunque más reducida, de formación especializada en trabajo social con mayores dispensada por entidades de carácter privado. También participando en congresos y jornadas organizadas por las sociedades científicas (Junta de Andalucía, 2007).

Su función principal es organizar el funcionamiento del área social para que preste un servicio adaptado a las necesidades de los usuarios, de carácter integral y de calidad. En ocasiones, ante la ausencia de otros profesionales, puede encargarse del área de la animación sociocultural (IMSERSO, 2015).

2.3. El abordaje del duelo en las residencias de personas mayores.

Para comprender como realizar un correcto abordaje del duelo, en las residencias de personas mayores, debemos entender: cómo afecta de manera específica a este colectivo

el duelo, y la influencia que puede tener este entorno específico, tanto en el trabajo del equipo como en la persona doliente.

Diversos autores han teorizado sobre las diferentes formas de afrontamiento de la muerte de las personas en general y las personas mayores en particular, encontrando diversas características propias de este colectivo.

- La longevidad: las personas mayores por el hecho de haber vivido durante muchos años han debido enfrentarse a numerosas pérdidas: de personas queridas, de poder y representación social, la salud e independencia etc... Lo cual, en muchos casos les ha permitido desarrollar estrategias de afrontamiento exitosas (Pinazo y Sánchez, 2005).
- Los roles sociales: varios autores entre ellos, Cohen definen esta etapa como la etapa de las pérdidas derivadas de la muerte, pérdidas de nuestros roles sociales, como hijo, por la muerte de nuestros progenitores, como esposo/a por la muerte de nuestro conyugue, de hermano/a etc... Podríamos describir este factor como el factor de pérdida de rol o identidad, sobre todo en casos de viudedad, en los cuales la persona no solo pierde a su compañero/a sino al rol que ejercía, de esposo/a y las funciones derivadas de dicho rol que llevaba a cabo (2000).
- Los apoyos sociales: la reducción del número de apoyos sociales que la persona mayor posee, estas encuestras especialmente difícil lidiar con el número de amigos que fallecen (Oliva y Mendoça, 2013).
- El factor acumulativo: englobaría la segunda y la tercera y está ligada al número de pérdidas que sufre la persona mayor, estas pérdidas de amigos y familiares, hacen que la persona mayor se vea rodeada de muerte, esto es lo que podríamos

describir como “factor acumulativo de muertes” que hace que la persona mayor se sienta sola y abandonada (Pinazo y Sánchez, 2005).

- El suicidio: En gran cantidad de estudios se ha observado un aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad y suicidio, de trastornos emocionales, psicosomáticos y mentales en personas en duelo por la pérdida de un ser querido (Martínez Sola, 2002).

Concretamente, se ha visto que el riesgo de depresión en los viudos/as se multiplica por cuatro en el primer año y casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia, el abuso de alcohol aumenta y el 50% de las viudas utilizan algún psicofármaco en los primeros 18 meses; el 10-34% de los dolientes desarrollan un duelo patológico y el riesgo de muerte aumenta (Martínez Sola, 2002).

De manera específica, el suicidio en las personas mayores puede tener incluso una mayor relevancia de lo que las estadísticas reflejan. La sobredosis intencionada del tratamiento farmacológico, el suicidio pasivo, el abandono de la ingesta de medicamentos, retrasar el tratamiento de sus enfermedades y aumentar el riesgo de las mismas, dejar de comer y beber lentamente hasta conseguir enfermar gravemente... Siendo una de las principales causas la muerte del conyugue (Martín García, 2003).

- El duelo anticipado: Por la etapa del ciclo vital en el que se encuentra tanto la persona mayor, como la mayoría de sus relaciones afectivas, puede llegar a familiarizarse con la muerte y vivir en un constante duelo anticipado (Martínez Sola, 2012), viéndose a sí mismo y a ellos como frágiles, lo cual conlleva la posible inmediatez de su fallecimiento por cualquier causa.

Esto provoca que la persona mayor se encuentre en un constante estado de estrés y miedo, ante cualquier posible situación de enfermedad o que ellos consideren riesgo que afecte a alguno de sus seres queridos.

- La relación con la propia muerte: Debido al momento en el que se encuentra el usuario, este puede relacionar la muerte de la persona querida, con la cercanía con la suya propia, lo cual sería un añadido al proceso de duelo natural (Cohen, 2000).
- La culpabilidad: Una de las emociones más comunes en las personas mayores, es la culpabilidad, dicha culpabilidad puede provenir de varios factores; desde seguir ellos mismos con vida hasta no haber investido suficiente en el funeral (Cohen, 2000).

Pese a los intentos de muchas residencias y de los profesionales que en ellas trabajan de hacer sentir a las personas mayores que están en su propia casa, desafortunadamente para la mayoría de estas existe un antes y un después de la institucionalización. Este antes y después de la institucionalización, está fuertemente marcado por una variación de las rutinas de la persona, así como del entorno y de su círculo de sociabilización, de la misma forma que estos factores pueden afectar al estado anímico de la persona, tal y como indica un estudio realizado en Latinoamérica en 2016, en cual constatan que el 46% de las personas mayores participantes en dicho estudio padecen depresión (Jerez et al., 2016).

Ante estas variaciones, el proceso de duelo no va a ser una excepción, apreciándose cambios relacionados con: Las normas del centro, la rutina del centro, las redes sociales y los estilos de centro, que van a modificar las fases del proceso de duelo.

- Las normas del centro: La Mayoría de los centros poseen una normativa relacionada con las salidas del propio centro, la cual no permite a los residentes salir sin un familiar, esto dificulta que el usuario pueda realizar determinados

ritos relacionados con el proceso de duelo, por ejemplo, para los católicos ir al cementerio (Pinazo Hernandis, 2020).

- La rutina del centro: Normalmente los centros tienen unas rutinas muy marcadas, entiendo por rutinas, tanto actividades como horarios de levantarse, ducharse, comer y acostarse.

Concretamente los centros suelen ofrecer actividades de ocio a los residentes, las cuales según un estudio publicado este mismo año, tiene un significativo aumento del optimismo y la satisfacción personal en las personas mayores (Heo et al., 2017).

- La medicalización de la persona usuaria: En la mayoría de las residencias de personas mayores, existe un área de enfermería, con la finalidad de que las personas usuarias cuenten siempre con el soporte médico necesario. Esta área también interviene en situaciones en las que salud mental de los usuarios se ve afectada, como en los casos de depresión y estrés por una situación de duelo. Esta medicalización de la persona usuaria suele ir ligada a la relajación de esta y favorece el sueño. Estudios como los realizados por Lui, et al, demuestran la relación existente entre el sueño y la depresión en personas mayores en comunidades urbanas (2017).
- Las redes sociales: Martínez Sola (2002) afirma que cuando se produce una muerte dentro de una institución residencial, el residente se encuentra desprovisto de su familia, quedando relegado a la red de apoyo existente en la institución.

No obstante, ante afirmación también es necesario añadir, que en determinadas ocasiones la persona ingresa en el centro desprovista de apoyos familiares, y que el caso de que los tuviera no sabemos si las visitas que recibía

con anterioridad en su residencia particular (en el caso de que residiera sola) por parte de ellos son mayores o menores a las que recibe dentro de la institución.

Lo que sí sabemos es de la posibilidad de crear nuevas redes sociales dentro de los centros gerontológicos, lo cual en el caso de que se creen repercutirían de manera positiva en el estado anímico de la persona (Heo, et al., 2017).

Sin embargo, estas nuevas redes sociales, también suponen personas que fallezcan durante el periodo de vida del residente en particular, generando un tipo específico de proceso de duelo, hasta antes desconocido para el mismo, la pérdida de un compañero de habitación, de un compañero de mesa etc..

Tal y como describe Cohen (2000), no hay que considerar que las personas institucionalizadas solo pierden a sus maridos o esposas dentro de la institución, sino ha también pierden a compañeros que llegan a ser amigos cercanos.

Siguiendo este planteamiento Martínez y Siles (2010), afirman que las personas crean un tipo de duelo diferente, pero aquellas relaciones construidas dentro o fuera de la residencia, indicando que el duelo de estas últimas es más breve que el de las primeras, quizás porque el usuario tiene interiorizado la posibilidad de que dicha muerte ocurra.

- Los estilos de centro: La tipología del centro y las actitudes que los profesionales que el trabajan tienen con los residentes, así como los recursos y actividades que esta oferta, afecta de forma directa al duelo.

Ya hemos hablado con anterioridad, sobre como posibles actividades de ocio benefician a la persona en un momento de duelo, pero para ello es

imprescindible que el centro oferte actividades que sean atractivas para el residente y que este no haya sucumbido previamente a la apatía y se niegue a participar en las mismas.

Cohen (2000), nos habla del beneficio que tienen los grupos para la superación de una pérdida, dándole a la persona esperanza, a encontrarse mejor, ayudándola a aceptar la realidad y disminuyendo el vacío social. (p.30).

También nos indican que las personas mayores en condiciones normales no suelen acudir a estos tipos de grupos de ayuda, pudiendo ser en el caso de que el centro gerontológico los oferte una característica modificadora del proceso de duelo.

Una vez aclaradas las características que pueden modificar el proceso de duelo de las personas institucionalizadas, debemos recordar las fases establecidas para el duelo descritas en apartados anteriores. Las cuales están basadas en las fases normales que seguiría una persona no institucionalizada y que por lo tanto nos van a ayudar a generar una mejor idea de las posibles diferencias.

Partiendo de las descripciones de Martínez y Siles, Las modificaciones que se producen en estas fases son:

- En la primera fase: Siguiendo las normas del centro, se le administra medicación al residente, de esta forma la presencia de llantos y la falta de sueño propia del shock y de la incapacidad para aceptar la realidad disminuye.
- En la segunda fase: No se presentan modificaciones como tal, aunque sí con respecto al tipo de personas con las que habla de la persona fallecida, fuera del entorno residencias probablemente compartiera más esta dolencia con sus

familiares, dentro del entorno social si ha construido unas redes de apoyo correctas, lo hará con los profesionales o con otros residentes.

- En la tercera fase: La desorganización y la ruptura de esquema será mucho menor, debido a que la rutina implantada por el centro no permite que la persona salga de los horarios programados.
- En la cuarta fase: Cabe destacar que la reorganización de la vida del residente ocurre en poco tiempo por los motivos antes expuesto (2010).

Atendiendo a estas fases y necesidades específicas del colectivo de las personas mayores institucionalizado, diversos autores han realizado estudios relativos a como debe ser abordado el proceso de duelo por el equipo de profesionales que trabaja en contacto directo con la persona para realizar una correcta gestión de este.

De esta forma Hernández et al. (2021) señalan algunos de los elementos clave para el trabajo con el duelo siendo estos: La formación, la comunicación con el paciente, el seguimiento y la potenciación de programas de apoyo entre iguales. Señala como elemento altamente para el trabajo con el duelo dedicar el tiempo necesario a cada persona y elaborar propuestas de trabajo en equipo.

La investigación llevada a cabo por Villarroel et al. (2020). Añaden la importancia que las personas residentes manifiestan de la elaboración de rituales de despedida y el acompañamiento y apoyo que reciben de aquellos/as profesionales más cercanos y del resto de las personas residentes en el centro.

En lo que respecta a estos factores, Kaufmann y Frías (1996), en su estudio Residencias lo público y lo privado, hace una comparativa entre estos dos tipos de residencias de personas mayores en España, puntualizando de manera específica en lo que respecta al duelo, en cómo el protagonismo de la familia en el sector privado es mayor, y cómo su

participación en actividades organizacionales del centro dentro de las cuales se enmarcan los duelos de los residentes conlleva a que se produzcan más de estos. A esto habría que añadirle que, al encontrarse en continua competencia por la clientela, las residencias del sector privado tienden a tener unos protocolos en general y de duelo en particular más actualizados a fin de tener un elemento que las diferencie.

2.4. Los protocolos de duelo en las residencias de personas mayores en España

Una vez concretada la importancia de la atención al duelo, las características del duelo en las residencias de personas mayores y profesionales implicados, es necesario definir los protocolos españoles para su proceso.

En cuanto a los protocolos de atención al duelo, podemos definir 2 tipos de protocolos:

- Aquellos centros en los que no existe un protocolo específico para la atención del duelo, estando incluido en un apartado del protocolo de muerte, como uno de los pasos que se sigue cuando fallece un residente en el centro.
- Aquellos centros que sí cuentan con un protocolo específico de atención al duelo, asumiendo que se trata de un apartado diferenciado del protocolo de muerte.

Luego describiremos más claramente cada uno de los dos tipos, proporcionando protocolos de diferentes hogares de enfermería.

- Atención al duelo incluida en los protocolos de muerte: Este es el ejemplo de la fundación ICERON y LARES, en el que este apartado se incluye como parte de los protocolos de muerte.

En el primer caso, esta sección aparece después de la preparación del cadáver y sus diferencias entre el cuidado de la familia, el residente y el trabajador residencial (Ortega Herrera, 2013).

En el segundo ejemplo, atención al duelo, no se enumera como un apartado en sí mismo, sino como dos guiones en la secuencia de acciones a realizar ante el fallecimiento de un residente, el primero referido al acompañamiento familiar, tras la notificación del fallecimiento y el acuerdo de traslado al centro funerario y el segundo una vez finalizado el proceso, como acompañamiento del psicólogo u otro profesional estipulado al compañero de habitación del fallecido.

- Protocolo específico de duelo: Es el protocolo descrito por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, en el que el duelo, la atención aparece como un apartado específico.
- Sin embargo, el duelo ya aparece en una sección anterior llamada "Protocolos de gestión de la atención: la muerte de la atención" como una definición de introducción antes del comienzo del capítulo. Posteriormente, dentro de la guía, encontramos un capítulo específico dedicado a este fenómeno, titulado "Protocolos de Gestión de la Atención: Atención al Duelo. Este capítulo comienza con la especificación de los usuarios a los que va dirigido y con diversas definiciones, entre ellas la de los duelos, los tipos de duelo y las fases, luego se habla de los profesionales involucrados en el proceso de duelo, descripción del procedimiento, normas técnicas y registros de lugar y custodia.

Si bien en el último ejemplo de Protocolos de duelo en residencias de personas mayores, el proceso es más específico, podemos ver una ausencia de diferenciación, entre el tipo de relación que tiene el residente con el fallecido y alguna referencia si el fallecido no era residente de la residencia de personas mayores sino afecta a una de las personas mayores que viven en la residencia de personas mayores. Debido a que el centro en el que trabajamos es también el hogar de nuestros residentes, podemos encontrarnos con la situación de que alguien externo a él muera y esto afecte a nuestros residentes.

3. El Burnout

3.1. El burnout una aproximación teórica

El Burnout, fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974), es una condición psicológica que involucra una respuesta prolongada a factores estresantes interpersonales duraderos (Leiter y Maslach, 2009). Fredenberger (1975) resumió los signos del Burnout, incluidos los desesperados, fatigados, aburridos, resentidos, desencantados, desanimados, confusos, rapidez para la ira, irritación instantánea, respuestas de frustración, actitud totalmente negativa, etc. (Maslach y Jackson, 1981) que se caracteriza por tres dominios: agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) y una disminución del sentido de realización personal (AF).

El Burnout ocurre cuando el nivel de recursos emocionales se agota de tal manera que los individuos se sienten incapaces de dar más de sí mismos emocionalmente. La despersonalización describe sentimientos de cinismo hacia los clientes, mientras que la realización personal reducida se refiere a formar una evaluación negativa de la capacidad laboral de uno (Maslach, 1993).

Teóricamente, el Burnout depende de la susceptibilidad individual y del entorno en el que se inserta el profesional, incluido el lugar de trabajo cotidiano y la sociedad a la que pertenece el individuo (Vega et al., 2009).

Un ejemplo de cómo este entorno afecta a la profesional, son las investigaciones realizadas al colectivo profesional de enfermería, las cuales indican que a medida que aumenta el número de personas mayores que requieren cuidados de enfermería o residenciales, el bienestar de las enfermeras y los trabajadores sanitarios empleados en este entorno adquiere mayor importancia. La enfermería es inevitablemente un trabajo exigente y estresante en un entorno organizacional complejo, y ha sido ampliamente

considerada como una de las ocupaciones más estresantes, asociada con altos niveles de rotación de personal, ausentismo y niveles de agotamiento (Jamal et al., 1992).

Las enfermeras registradas en residencias de personas mayores informan tasas más altas de agotamiento e insatisfacción laboral que las empleadas en cualquier otro entorno, incluidos los hospitales, y a menudo no pueden completar la atención necesaria debido a la falta de tiempo y recursos (White et al., 2019).

El agotamiento y la insatisfacción laboral son ambos factores clave de la rotación del personal, un problema significativo en las residencias de personas mayores que se ha relacionado constantemente con una peor calidad de la atención (Laschinger y Leiter 2006). Los factores que contribuyen al agotamiento entre los trabajadores de servicios humanos en residencias de personas mayores se han conceptualizado de acuerdo con varios modelos teóricos, hemos decidido utilizar el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson (1986).

Esta escala ha sido utilizada previamente por Martínez Rodríguez (2016) en “El enfoque centrado en la persona en gerontología”: nueva evidencia de validez del Cuestionario de Atención Dirigida por la Persona de Evaluación del Personal, donde los investigadores prueban correlaciones entre percepciones de frecuencia de atención centrada y agotamiento.

Por Shinan-Altman et al. (2015) en la conexión entre las representaciones de la enfermedad de Alzheimer y el agotamiento entre trabajadores sociales y enfermeras en centros de personas mayores y hospitales: una investigación de métodos mixtos donde los investigadores miden la percepción del personal sobre la EA y las asociaciones con agotamiento.

Y por Kubicek y Korunka (2015), en ¿La complejidad del trabajo mitiga el efecto negativo de la disonancia entre las emociones y las reglas sobre el agotamiento de los empleados? Donde los escritores se acercan El papel de la disonancia de la regla de la emoción en el agotamiento.

3.2.El burnout entre los profesionales de residencias de personas mayores

Si bien es cierto, que existe una clara heterogeneidad, entre los distintos perfiles profesionales y sus funciones, podemos encontrar algunos elementos comunes en relación con el área en el cual trabajan, las personas mayores.

Si analizamos esta área, encontramos que los profesionales que trabajan en ella tienen unos altos índices de burnout, tal y como expresan autores como Aranda y Pando, el síndrome de burnout es un problema común en los profesionales de las residencias de personas mayores (2010). Si cualquier trabajo produce estrés, mantener la interacción y las relaciones interpersonales con otros seres humanos de manera cotidiana y sistemática, al igual que trabajar con personas a las que hay que atender, e incluso cuidar, orientar o acompañar, resulta doblemente estresante. Estos contextos hacen descender la calidad de la vida laboral y generan consecuencias negativas sobre los profesionales, la clientela, la empresa o institución, y la sociedad en general (Fernández et al., 2001).

Concretamente el Burnout entre profesionales de centros de personas mayores se ha vinculado a factores personales, la gestión organizacional, el medio ambiente, conflictos con miembros de la familia de los residentes, la experimentación de comportamientos agresivos de los residentes, el contacto directo con enfermedades degenerativas y la muerte (Edvardsson et al., 2008; Miyamoto et al., 2010; Moniz-Cook, et al., 2000; Montoro-Rodríguez y Small, 2006; Pillemer et al., 2003).

Tabla 6. Factores que inciden en el síndrome de burnout

Factores que inciden síndrome de burnout en las residencias de personas mayores	
Zona de Trabajo	Incendios y Explosiones
Climatización	Ascensores y Elevadores
Generadores de Calor /frio	Carga Física
Ruido	Sustancias Químicas
Vibraciones	Trabajo con PVD
Iluminación	Carga Mental
Calderas/Gases	Turnos de Trabajo
Electricidad	Factores de la organización
Utensilios e instrumental	Insatisfacción del trabajo
Carga de Trabajo	Ambiente de trabajo
Mayor o menor flexibilidad de la organización	Ratios de personal
Equipos de trabajo	Feed Back de la organización

Fuente: Elaboración propia a partir del material obtenido de (Santed y Puerta, 2003) y (Fernández et al., 2001).

3.3.El duelo, el duelo no autorizado y el burnout

Varios investigadores ya han demostrado la relación entre Burnout y el duelo, uno de estos ejemplos es la investigación de Adwan: Pediatric Nurses 'Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction¹ en la que encuestó a 120 enfermeras pediátricas reclutadas de las unidades de atención de pacientes pediátricos y pediátricos de un gran centro médico académico del medio oeste piscina flotante RN. Para esta muestra, creó un cuestionario compuesto por: The Revised Grief Experience Inventory (RGEI); El Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Índice de Satisfacción Laboral para Enfermeras (IWS).

Su análisis reveló una asociación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación total del RGEI y la subescala EE del MBI ($r = 0.38$, $p = 0.001$), una asociación positiva significativa con la subescala DP del MBI ($r = 0.19$, $p = 0.04$), y una asociación negativa con la subescala PA del MBI ($r = 0.244$, $p = 0.009$). La mayoría de las subescalas del RGEI están correlacionadas individualmente con las subescalas de las subescalas del MBI en la misma dirección de las puntuaciones totales del RGEI (Adwan, 2014).

Autores como Gómez et al. (2015) nos expresan mediante la ejemplificación del trabajo de las enfermeras en el entorno hospitalario, como el factor del duelo y la muerte en el entorno laboral, influye de manera directa en el síndrome de burnout.

Lathrop (2017) nos explica en un estudio realizado a profesionales del campo de la salud, como el duelo desautorizado y la acumulación de estos influye de manera directa en el síndrome de burnout, llegando a afirmar que este será un posible nicho de empleo en el futuro, pues para evitar este síndrome dentro de los/as trabajadores/as va a ser inevitable trabajar con ellos el duelo, sobre todo en aquellos ámbitos donde estén en contacto con continuos fallecimientos.

Bateman et al. (2020) demostraron en su investigación sobre los “Death Caffes” la relación existente entre el síndrome de burnout y la exposición a fallecimientos continuados en el entorno laboral, y a su vez probaron en un grupo de enfermeras hospitalarias, que verbalizar sus sentimientos sobre las muertes de los pacientes, disminuía sus niveles de burnout. De esta experiencia podemos deducir que verbalizar el duelo que hasta ese momento era desautorizado, les ayudaba a su superación y a menores índices de duelo desautorizado, mostraban menores niveles de burnout.

Otro ejemplo de estas asociaciones de variables podría ser el estudio de Anderson y Ewen, que se centra específicamente en el área de las residencias de personas mayores, titulado

Muerte en las residencias de personas mayores, donde los investigadores encuestaron a 380 personas que trabajaban en 11 residencias de personas mayores en la ciudad del Medio Oeste.

Su instrumento estaba compuesto por el Inventario revisado de duelo de Texas (TRIG) de 21 ítems, la subescala de crecimiento personal de 12 ítems de la Lista de verificación de reacción al duelo de Hogan (HGRC); Inventario de Burnout de Maslach (MBI) de 25 ítems y subescalas de Bienestar Físico de 8 ítems y Bienestar Psicológico de 8 ítems de la Escala de Bienestar Percibido-Revisada.

Con ello se han obtenido varias conclusiones, las más relevantes para nuestro estudio son: que el duelo puede ser un importante contribuyente al bienestar emocional, físico y ocupacional en este grupo de trabajadores de la salud; Los/as trabajadores/as que tienen problemas para procesar el duelo tendrían síntomas más altos de agotamiento emocional y más dificultades para interactuar y humanizar a los residentes; de los cuáles los/as trabajadores/as que experimentaron mayores dificultades con su duelo informaron síntomas más altos de agotamiento (Aderson y Even, 2011).

4. Depresión, ansiedad y estrés

4.1. Depresión ansiedad y estrés una aproximación teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010: "La salud mental se define como un estado de bienestar en el que cada individuo realiza su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad ". Más de 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental. (Murthy et al., 2001). Entre los trastornos de salud mental; la depresión, la ansiedad y el estrés forman una gran proporción (Rao y Naveen Ramesh, 2015).

La ansiedad, aunque socialmente parece ser menos alarmante que la depresión, no hay que olvidar que más allá de su sintomatología propiamente preocupante, puede ser precursora de otros problemas de salud mental como la depresión, tal y como expresa el estudio realizado por Wittchen et al. (2000) y más allá de sus consecuencias negativas en la persona en cuestión, cuando esta desarrolla actividades directamente relacionadas con el público, como puede ser el trabajo en un entorno residencial de atención a personas mayores, es altamente probable que tenga un impacto en las actitudes que los/as trabajadores/as presentan hacia los/as residentes, en la calidad de atención que las personas residentes reciben así como en la satisfacción laboral (Cohen Mansfield, 1995), es por ello que es de suma importancia profundizar en el estudio de estos predictores, ya que puede suponer la mejora de la calidad de vida de las personas trabajadoras afectadas de manera directa y de las personas residentes de manera indirecta.

La depresión es un problema de salud mental común que afecta a muchas categorías profesionales. Siendo la segunda causa de baja laboral más común en 2020, y teniendo todas aquellas profesiones con mayor trato al público, contacto con enfermedades o muertes un mayor riesgo de sufrirla (Whooley et al., 2002).

4.2. Depresión, ansiedad y estrés entre profesionales de las residencias de personas mayores

En el entorno laboral de los cuidados a otros, el trabajo emocional es una característica principal del trabajo. El trabajo emocional incluye interacciones entre residentes y cuidadores profesionales que se caracterizan por la sociabilidad (Zapf et al., 1999), pero también ocurre cuando los cuidadores profesionales utilizan el esfuerzo emocional para facilitar las tareas prácticas del trabajo. Por ejemplo, los cuidadores profesionales pueden intentar sentir el estado de ánimo de los residentes y luego reaccionar a este estado de ánimo mostrando las emociones apropiadas para crear una atmósfera positiva (Ashforth

y Humphrey, 1993; Grandey, 2000; Zapf, 2002). Como concepto, el trabajo emocional cubre las demandas emocionales en el trabajo que requieren un esfuerzo emocional sostenido por parte de los cuidadores profesionales (Van Vegchel de Jonge et al., 2004) y situaciones caracterizadas por disonancia emocional, es decir, cuando las emociones sentidas difieren de las emociones mostradas (Hochschild, 2003).

Esta carga emocional subyacente al trabajo residencial no siempre es positiva, en ocasiones producen un desgaste entre los trabajadores si no se gestiona de forma correcta o están sometidos a eventos traumáticos constantes, como pueden ser los continuos fallecimientos de los/as residentes con los que han se han implicado emocionalmente. Estos efectos negativos del trabajo emocional pueden ser una razón del mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental entre los cuidadores profesionales en comparación con los miembros de otros grupos laborales (Madsen et al., 2010; Tennant, 2001; Van Daalen et al., 2009; Wieclaw et al., 2006; Louise et al., 2016).

La relación entre la depresión, ansiedad y estrés y el entorno de las residencias de personas mayores, parece cada vez más indudable, si bien es cierto que durante este año con la problemática causada por el SARS-COVI-19, varias investigaciones han focalizado sus estudios en este ámbito, no es de extrañar que el mundo de los centros de personas mayores en general y las residencias de personas mayores sigan siendo un gran desconocido, y aún más cuando el objeto de estudio son los/as propios trabajadores/as de estas instituciones.

No obstante, con el paso de los años, se ha ido demostrando la relación existente entre los cuidados a largo plazo de población dependiente y altos síntomas de depresión, ansiedad y estrés, siendo una prueba de esta relación, los altos síntomas de depresión encontrados en una amplia muestra de trabajadores/as dedicados a los cuidados a largo plazo, dentro de los cuales un 26% mostró una sintomatología depresiva grave (Ejaz et al., 2008).

Cuando hablamos concretamente del personal de residencias de personas mayores, la naturalización de estos centros en un contexto europeo de población envejecida mezclado con profundas crisis económicas que han sucediéndose de forma consecutiva, parece haber quedado invisibilizado que quizás los trabajadores de residencias de personas mayores hayan tenido que desarrollar técnicas para crear emociones positivas que inoculen las negativas en ciertos aspectos de su trabajo, como la muerte de un residente, conflictos con los familiares etc. Llevando su trabajo a un plano emocional mucho más elevado que en otros ambientes de trabajo fuera del marco residencial de cuidados. (Fjaer y Vabø, 2013).

Estudios como los desarrollados por (Brodaty et al., 2003; Cooper et al., 2016; Duffy et al., 2009; Pillemer y Lachs, 2002; Woodhead et al., 2016), nos muestran el elevado nivel de estrés que sufren las distintas categorías profesionales de las residencias de personas mayores y su relación con otro tipo de sintomatologías como la depresión y la ansiedad.

Estas afirmaciones han sido confirmadas por un reciente estudio llevado a cabo por Munch, Nørregaard Rasmussen et al. (2021), demuestra la necesidad de diversas variaciones en el clima laboral de las residencias de personas mayores apuntando a sus consecuencias negativas en los síntomas de depresión ansiedad y estrés de los/as trabajadores/as y en cómo esto afectaba a la productividad laboral-

4.3. Depresión ansiedad y estrés y el burnout

La ansiedad, la depresión y la somatización de distintas enfermedades se han relacionado con el estrés y el burnout (Khamisa et al., 2013; Boey et al., 1997) encontraron un efecto negativo del estrés laboral sobre la ansiedad y la depresión. De manera similar, Jourdain y Chênevert (2010) encontraron una asociación significativa entre niveles más altos de burnout y expresiones psicósomáticas más altas relacionadas con la depresión ansiedad y estrés.

Más concretamente la asociación entre Burnout y el estrés ha sido demostrada por muchos autores, por ejemplo, recientemente Hunter et al. (2019) en su investigación: Matronas en el Reino Unido: Niveles de burnout, depresión, ansiedad y estrés y predictores asociados, encuestaron a un total de parteras en 1997 con un cuestionario compuesto por la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Inventario de Burnout de Copenhague (CBI). De lo cual obtuvieron como resultado niveles significativos de angustia emocional registrados por la mayoría de los participantes. El ochenta y tres por ciento ($n = 1464$) de los participantes puntuaron moderado o más en el agotamiento personal y el 67% ($n = 1167$) registró un nivel moderado o superior en el agotamiento relacionado con el trabajo. Más de un tercio de los participantes puntuaron en el rango moderado / severo / extremo en estrés (36,7%), ansiedad (38%) y depresión (33%). Que prueban una asociación entre el agotamiento y la depresión, la ansiedad y el estrés (Hunter et al., 2019).

Otro ejemplo de esta asociación es el título de investigación de Martínez-Monteagudoa et al. (2019) perfiles de inteligencia emocional, burnout, ansiedad, depresión y estrés en docentes de educación secundaria. I que podemos apreciar un cuestionario creado a partir de Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24); Maslach Burnout Inventory (MBI) y Escalas de depresión, ansiedad y estrés-21 (DASS-21).

Con este instrumento, concluyen con una muestra de diferentes docentes de diferentes niveles escolares, que los encuestados que presentan puntuaciones significativamente más altas en Agotamiento Emocional, Despersonalización, Depresión, Ansiedad, también parecen tener un mayor nivel de burnout pero menores puntuaciones de Realización Personal (Monteagudoa et al., 2019).

También nos gustaría resaltar la investigación llevada a cabo por Gallego-Alberto et al., (2018) donde demostraron la relación entre depresión, ansiedad, estrés y burnout, utilizando una muestra de 101 trabajadores de residencias de personas mayores para los/as

cuales utilizaron un cuestionario compuesto de entre otras la escala Maslach burnout inventory Y la subescala Profile of Moods State, tras el cual mostraron una asociación entre la sintomatología de ansiedad, el sentimiento culpa, la despersonalización y el síndrome de burnout en estos/as trabajadores/as de residencias de personas mayores.

4.4. Depresión ansiedad, estrés y el duelo

Con el objetivo de mostrar la relación con la depresión, la ansiedad, el estrés y el duelo, vamos a hacer referencia a algunas investigaciones previas que se han realizado en este archivo.

Boelen et al en su artículo Trastornos Las asociaciones concurrentes y prospectivas de intolerancia a tics inciertos síntomas de duelo prolongado, estrés postraumático y depresión después del duelo, muestran la relación entre estas variables, utilizando una muestra de 265 participantes, con un cuestionario elaborado por Prolonged escala de trastorno de duelo (escala PGD); Versión de autoinforme de escala de síntomas de TEPT (PSS-SR); Escala hospitalaria de ansiedad y depresión-escala de depresión (HADS-D); Intolerancia a la versión de 12 ítems de la escala de incertidumbre (IUS-12); Cuestionario abreviado de preocupación de Penn State (PSWQ-A); Escalas de respuesta rumiativa (RRS) escala de inquietud y escala de neuroticismo del inventario de personalidad de diez elementos (TIPI). Aportando como conclusión que existe una fuerte y significativa asociación simultánea con el duelo, la ansiedad y la depresión (Boelen et al., 2016).

Al igual que Carmassi et al (2015), el título de su estudio, la ansiedad por separación de adultos diferencia a los pacientes con duelo complicado y / o depresión mayor y se relaciona con los síntomas del espectro del estado de ánimo de por vida, donde utilizaron el Inventario de duelo complicado (ICG); Cuestionario de síntomas de ansiedad por separación de adultos (ASA-27); Escala de adaptación laboral y social (WSAS) y Autoinforme del espectro del estado de ánimo (MOODS-SR) para crear un cuestionario

para 70 personas. Como una de las conclusiones de este estudio, prueban la relación entre depresión, ansiedad, estrés y duelo (Carmassi et al., 2015).

SECCIÓN V
PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

SECCIÓN V. Publicaciones científicas

La presente tesis doctoral por compendio de publicaciones se encuentra compuesta por cinco capítulos de libro, siendo estos:

1. Mourning Protocols in Nursing Homes. ISBN: 978-3-030-18592-3.
2. The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities.
Print ISBN: 978-3-030-69093-9
3. Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study. Print ISBN: 978-3-030-69093-9
4. The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain. Print ISBN: 978-3-030-69093-9.
5. La influencia del duelo en el burnout. ISBN 978-84-1345-726-0

CAPITULO 1.
Mourning Protocols in Nursing Homes.
ISBN: 978-3-030-18592-3.

1. Mourning Protocols in Nursing Homes. ISBN: 978-3-030-18592-3.

Características de la publicación

Tipo de publicación: Capítulo de libro

Título del capítulo: Mourning Protocols in Nursing Homes. ISBN: 978-3-030-18592-3.

Título del libro: Qualitative and Quantitative Models in Socio-Economic. Systems and Social Work

Número de autores: 3

Posición que ocupa el solicitante: 1

Autor principal: Ana Vallejo Andrada

Co-autores: Evaristo Barrera Algarín y José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

País de Publicación: Suiza

Año de publicación: 2020

IBSN: 978-3-030-18592-3.

Indicios de calidad

Editorial: Springer Nature

Base de datos de indexación: Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI)

Año: 2018

Factor ICEE: 670.000

Posición que ocupa: 4 de 96

Categoría: General

Studies in Systems, Decision and Control 208

José Luis Sarasola Sánchez-Serrano
Fabrizio Maturo
Šárka Hošková-Mayerová *Editors*

Qualitative and Quantitative Models in Socio- Economic Systems and Social Work

 Springer

Studies in Systems, Decision and Control

Volume 208

Series Editor

Janusz Kacprzyk, Systems Research Institute, Polish Academy of Sciences,
Warsaw, Poland

The series “Studies in Systems, Decision and Control” (SSDC) covers both new developments and advances, as well as the state of the art, in the various areas of broadly perceived systems, decision making and control—quickly, up to date and with a high quality. The intent is to cover the theory, applications, and perspectives on the state of the art and future developments relevant to systems, decision making, control, complex processes and related areas, as embedded in the fields of engineering, computer science, physics, economics, social and life sciences, as well as the paradigms and methodologies behind them. The series contains monographs, textbooks, lecture notes and edited volumes in systems, decision making and control spanning the areas of Cyber-Physical Systems, Autonomous Systems, Sensor Networks, Control Systems, Energy Systems, Automotive Systems, Biological Systems, Vehicular Networking and Connected Vehicles, Aerospace Systems, Automation, Manufacturing, Smart Grids, Nonlinear Systems, Power Systems, Robotics, Social Systems, Economic Systems and other. Of particular value to both the contributors and the readership are the short publication timeframe and the world-wide distribution and exposure which enable both a wide and rapid dissemination of research output.

** Indexing: The books of this series are submitted to ISI, SCOPUS, DBLP, Ulrichs, MathSciNet, Current Mathematical Publications, Mathematical Reviews, Zentralblatt Math: MetaPress and Springerlink.

More information about this series at <http://www.springer.com/series/13304>

José Luis Sarasola Sánchez-Serrano ·
Fabrizio Maturo · Šárka Hošková-Mayerová
Editors

Qualitative and Quantitative Models in Socio-Economic Systems and Social Work

 Springer

Editors

José Luis Sarasola Sánchez-Serrano
Universidad Pablo de Olavide
Seville, Spain

Fabrizio Maturo
Biostatistics Unit, CRF
National University of Ireland
Galway, Ireland

Šárka Hošková-Mayerová
Department of Mathematics and Physics
University of Defence
Brno, Czech Republic

ISSN 2198-4182 ISSN 2198-4190 (electronic)
Studies in Systems, Decision and Control
ISBN 978-3-030-18592-3 ISBN 978-3-030-18593-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-18593-0>

© Springer Nature Switzerland AG 2020

This work is subject to copyright. All rights are reserved by the Publisher, whether the whole or part of the material is concerned, specifically the rights of translation, reprinting, reuse of illustrations, recitation, broadcasting, reproduction on microfilms or in any other physical way, and transmission or information storage and retrieval, electronic adaptation, computer software, or by similar or dissimilar methodology now known or hereafter developed.

The use of general descriptive names, registered names, trademarks, service marks, etc. in this publication does not imply, even in the absence of a specific statement, that such names are exempt from the relevant protective laws and regulations and therefore free for general use.

The publisher, the authors and the editors are safe to assume that the advice and information in this book are believed to be true and accurate at the date of publication. Neither the publisher nor the authors or the editors give a warranty, expressed or implied, with respect to the material contained herein or for any errors or omissions that may have been made. The publisher remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

This Springer imprint is published by the registered company Springer Nature Switzerland AG
The registered company address is: Gewerbestrasse 11, 6330 Cham, Switzerland

Preface

The book *Qualitative and Quantitative Models in Socio-economic Systems and Social Work* is part of the series *Studies in Systems, Decision and Control* published by Springer. This volume is the result of an international scientific collaboration among Prof. José Luis Sarasola from the Department of Social Work and Social Services of the “Pablo de Olavide” University, Seville (Spain), Dr. Fabrizio Maturo, Researcher in Biostatistics from the National University of Ireland, Galway, and Prof. Šárka Hošková-Mayerová from the Department of Mathematics and Physics at the University of Defence, Brno (Czech Republic). As highlighted in the title of the book, this deals with various topics related to the socio-economic sciences and focuses on both qualitative and quantitative issues. All the studies included in this volume have been selected after a peer review process.

The first part of the book, namely *Social Work*, starts with the contribution “[Mourning Protocols in Nursing Homes](#)”, by Ana Vallejo Andrada, Evaristo Barrera Algarín, and José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, who discuss the topic of mourning in the nursing home environment and how the existence or non-existence of a mourning protocol can modify or not the quality of the work in this sector. To demonstrate it, they have surveyed 58 nursing home workers of different ages, from different locations and with different specialities.

Daniela-Tatiana Șoitu, in Chapter “[Social Work System and Social Innovations in Romania. Challenges and Opportunities](#)”, shows how the social work arena has become emergent in Romania during the last few decades, as it has been in all former European communist countries. New legislation and new quality standards for social services have been developed, but the social phenomenon still faces the challenge of a timely adaptation of social policies and practices. After desk research, interviews with social and healthcare providers of social services to the elderly are offering qualitative data for our study. A critical analysis is underpinning the chapter, underlining the challenges and opportunities for social innovations. The conclusions point to a suitable use of resources, including human resources—experienced professionals, but also users/clients.

Contents

Part I Social Work

Mourning Protocols in Nursing Homes	3
Ana Vallejo Andrada, Evaristo Barrera Algarín and José Luis Sarasola Sánchez-Serrano	
Social Work System and Social Innovations in Romania. Challenges and Opportunities	17
Daniela-Tatiana Şoitu	
Violence in Adolescence from a Social Work Perspective: A Qualitative Study	25
Rosa María Varela Garay, Rafael Gómez del Toro and Cristian Suárez Relinque	
Social Work: Diversity and Inclusion in Higher Education Policies Review and Reflection	51
Carmen Miguel Vicente, Silvia Patricia Cury, Andrés Arias Astray and José Manuel Fernández Fernández	
Analysis of the Occupational Health of a Group of Social Workers.	63
Yolanda Borrego-Alés, Octavio Vázquez-Aguado and Alejandro Orgambidez-Ramos	
Measurement of Disability in Romania. In Search for Comparability	73
Conţiu Tiberiu Şoitu	
Researching Ageing by the Life Course Perspective	83
Daniela-Tatiana Şoitu	
Time Banks Within the Framework of the Collaborative Economy. A Case Study	89
Macarena Lozano-Oyola and Alberto Sarasola Fernández	

Mourning Protocols in Nursing Homes



Ana Vallejo Andrada, Evaristo Barrera Algarín
and José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

Abstract This research discusses the topic of mourning in the nursing home environment and how the existence or non-existence of a mourning protocol can modify or not the quality of the work in this sector. To demonstrate it we have surveyed 58 nursing home workers of different ages, from different locations and with different specialities.

Keywords Mourning · Nursing home · Protocols · Elderly people · Social work · Old people · Grief

1 Introduction

In Spain, as well as in the majority of Europe, elderly people are a social group which has been increasing during the last few decades, consequently our society has created new specific resources orientated towards them; an example of this is nursing homes.

Nursing homes differ from the family home and affect the elderly person's life in many aspects, one of these aspects being the mourning process. But what is the mourning process?

Mourning is a normal process that everybody must suffer when he or she has lost someone or something, but not everybody suffers this loss in the same way, for this reason, we talk about general mourning characteristics and old people's mourning characteristics. It is necessary to differentiate between senior citizens who live in their family home or in nursing homes.

A. V. Andrada · E. B. Algarín · J. L. S. Sánchez-Serrano (✉)
Pablo de Olavide University, Seville, Spain
e-mail: jlsarsan@upo.es

A. V. Andrada
e-mail: Ana-va-94@hotmail.com

E. B. Algarín
e-mail: Ebaralg@upo.es

© Springer Nature Switzerland AG 2020
J. L. Sarasola Sánchez-Serrano et al. (eds.), *Qualitative and Quantitative Models in Socio-Economic Systems and Social Work*, Studies in Systems, Decision and Control 208,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-18593-0_1

3

Therefore, it is crucial to analyse how we work with the mourning process in nursing homes. There are vital characteristics in each establishment, such as the number of residents, if the establishments are public or private etc.

During this research we are going to analyse mourning protocols which exist or do not exist in the nursing homes of Spain, and how the existence or non-existence of them could modify the nursing home workers' perception of the quality of their own work in this sector.

Moreover, we are also going to analyse how the particular characteristics of a nursing home could affect the existence or non-existence of a mourning protocol and the worker's perception of the quality of their intervention in this sector.

2 Mourning and Elderly People

A wide range of authors have theorized about the different ways to deal with loss in general and of old people in particular. There are some similarities in their theories especially with regards to the ones related with senior citizens.

- *Longevity*: Senior Citizens, because they have lived a longer time, also have to deal with more losses than a younger person, some related with death and others with a loss of health, social status, autonomy, etc. As a result of that they have created personal strategies for dealing with these situations (Pinazo and Sánchez 2005, p. 573).
- *Social Roles*: Some authors among whom, Cohen defined this period of life as the period of losses; loss of our social roles, of grandsons/granddaughters, sons/daughters, wives/husbands, brothers/sisters. Because, when someone close dies, a part of us also dies with them, a part of our identity, a social role (Cohen 2000, p. 39).
- *Social Support*: When the amount of social support decreases, the elderly find it especially difficult when dealing with the number of friends who have died (Olvida and Mendonça 2013, p. 3310).
- *The cumulative impact of losses*: This characteristic includes second and third losses, and it is related to the number of losses the old person suffers during their life. As a consequence of that the elderly live surrounded by death, this makes the person feel lonely and fragile (Pinazo and Sánchez 2005, p. 574).
- *Suicide*: A large amount of research has proved that there is an increase in death, morbidity, suicide, emotional disorders, in grieving people (Martínez 2002, p. 42).

In particular, it has been noticed that the risk of depression in widowers in particular increased fourfold in the first year, and nearly half of them present generalized anxiety, panic attacks, etc. Alcohol abuse increases and 50% of widowers use some type of psychotropic medication in the first 18 months. Between 10 and 34% of grieving people have a pathologic mourning and the risk of death increases (Martínez 2002, p. 43).

More specifically, suicide in the elderly could be higher than what the statistics reflect. An intentional overdose of medicines, the absence of proper medication, stopping eating, having too much alcohol until the person gets really ill etc. ... are the most common ways of dying between old people who have lost their partner, these are other examples of suicide which do not appear in the statistics (Martín 2003, pp. 300–301).

- *Anticipatory grief*: As a consequence of the stage of life in which the senior citizens find themselves and the fact that most of their friends and relations are in a similar situation, they live in constant contact with death and live in a state of anticipatory grief (Martínez 2002, p. 44).

Consequently, they see their social relationships and themselves as fragile, as people who can potentially die at any moment, as a consequence of that they live in a state of constant stress and fear about the ones they love and their own death.

- *The relation with their own death*: On account of the moment of life, the individual could associate other deaths with his/her own death, seeing it closer and being an extra element in the mourning process.
- *The social loss of a close person*: In some occasions as a result of chronic diseases which affect the cognitive functions of the patient, who is biologically alive, but not socially, in these instances the family and friends also start a mourning process this process is completely different for the wife or husband (Pacheco 2003, p. 35).
- *Guilt*: One of the most common emotions experienced by elderly people is guilt. This emotion can be a consequence of a wide range of factors: Still being alive when the other person has died, not having enough money to spend on the funeral ... etc.

To conclude, the mourning process is essential in finding the reason of their guilt and try to solve it, on the contrary the elderly will never overcome the loss.

3 Nursing Homes and the Mourning Process

Despite the efforts of many nursing homes and the professionals who work in them to make the residents feel as if they were at home, unfortunately in most of the occasions there is a before and an after for the senior citizen.

Especially because of changes in routine, the environment, and his/her social group, etc. ... which could affect the person's mood as it has been indicated in some research, in which it was confirmed that 46% of the elderly people who participated in it had depression (Jerez et al. 2016, p. 481).

Regarding these changes, the mourning process is not an exception, and there are variations related with it: the nursing home rules, routine and the way the nursing home is managed; and the social relations which are going to modify the normal mourning stages (Table 1).

Changes related with the nursing home characteristics:

Table 1 Normal mourning stages

Stage 1: denial and isolation	It is characterized by an automated behaviour and the incapability to accept the reality
Stage 2: anger and confusion	Anger and confusion, depression, anxiety and insomnia are normal in this stage
Stage 3: depression	The person starts to accept the loss and the memories of the loss start to appear in the routine, breaking it because he or she is absent
Stage 4: acceptance	The person starts to overcome the loss and reorganizes their own life without the love one present in it

Gala et al. (2002, p. 1135)

- The nursing home rules: The majority of nursing homes have strict rules, for example rules about going out of the centre, which could cause difficulty if the elderly person can't do some type of religious ritual related with the mourning process. A Christian example of this, is going to the cemetery (Jones 2009, p. 379).
- The centre routines: Most nursing homes have routines for the residents, which also affect the normal mourning stages, as the person cannot break these routine, so the routine disorganization typical of stage 3: Depression, has less impact on the patient.
In particular, thanks to leisure activities, as these kind of activities have a positive effect on the person's behaviour, creating personal satisfaction and optimistic feelings (Heo et al. 2017, p. 293).
- Social relationships: When someone has to deal with a loss in a nursing home, he or she does not have the same social support as he or she would do with their own family and close friends. They also have new the social relations that he/she has created in the institution (Martínez 2002, p. 43).
However, it is also necessary to consider that on some occasions, the patient is registered in the centre without any or only a few strong social relationships. Moreover, we also have to take into account that in some situations despite old people living in their own homes, they do not have a strong relation with their families and they spend the majority of their time alone.
In these cases homes for the elderly are a perfect opportunity to create new social relationships and break this lonely life cycle, which always has a positive effect on the emotional stage of the person (Heo et al. 2017, p. 295).
- The type of centre: The type of centre has a major influence on the patients' lives in general and the mourning process in particular. We have already talked about the importance of leisure activities in the nursing homes, but it is also essential that these activities are attractive enough for the old people to want to take part in them. As it is also essential for motivated professionals to carry out these activities (Table 2).

Table 2 Possible modifications in the normal mourning stages

Stage 1: denial and isolation	In most nursing homes, nurses will give medication to the patients, as a consequence of this the propensity to cry, the lack of sleep etc. ... reduce the shock of the loss
Stage 2: anger and confusion	Anxiety and lack of sleep would be reduced thanks to the use of medication
Stage 3: depression	Breaking of the routine would be less, as a consequence of the nursing home routine and rules
Stage 4: acceptance	The person would reorganize their own life without the loved one in less time, because his/her life is already organized following the centre rules

Martínez and Siles (2010, p. 18)

4 Methodology

This research is part of an extended investigation about mourning in nursing homes. On this occasion, we have decided to focus on the existence or non-existence of the mourning protocol in the nursing home and how it affects the perception of the professionals about the mourning intervention in their work centre in general and about their own intervention in particular.

Having these hypotheses about this specific area of investigation:

- The majority of professionals, who work in nursing homes, do not consider that in the nursing homes they work correctly with mourning.
- 70% of religious nursing homes have a mourning protocol.
- There are more private nursing homes than public ones which have a mourning protocol.
- There are more small centres than big ones with a mourning protocol.
- There are more workers who consider they do good mourning interventions in the centres which have a mourning protocol than in the ones that do not have it.

With the aim to answer these concerns we have used a quantitative technique, the questionnaire was created using a Google Survey and social media was used to distribute and compile information.

Despite our first questionnaire having sixteen questions, for this section we have used eleven questions especially related with the protocol's topic, four of them related with general information and eight with more specific questions which have been answered by 58 Spanish nursing home workers.

With ages between 16 years old and 55 years old, the people surveyed ages are divided in four groups: 16–25 years old (25.60%), 26–35 years old (59.60%), 36–45 years old (7%), 46–55 years old (8.88%).

In relation with the gender, 80.7% are women and 19.3% are men. They are from different cities of Andalucía and Extremadura (Spain). With relation to the professional role there are Nursing Assistants (24. 60%), Social Workers (21.19%),

Table 3 Research factors

Code	Factor	Question
VDPM0001	Age	1
VDPM0002	Sex	2
VDPM0003	Centre location	3
VDPM0004	Centre ownership	4
VDPM0005	Centre character	5
VDPM0006	Number of residents	6
VDPM0007	Professional role	7
VDPM0008	The existence of a mourning protocol in the nursing home	8
VDPM0009	Professional work with mourning	9
VDPM0010	Efficiency of the professional work with mourning	10
VDPM0011	Efficiency of the general work in the nursing home with mourning	11

Source Author Compilation

Nurses (22.8%), Occupational therapists (7%), Physiotherapists (7%), Psychologists (5.3%) and Sociocultural Motivators (5.3%).

And the nursing homes where they work are private with public funds (52.6%), private (33.3%) and public (21.11%). With relation to the nursing home character, there are non-religious (68.4%) and religious (31.6%) centres.

About the number of residents we have divided them in six groups: Less than 20 residents (3.40%) 21–40 residents (28.10%), 41–60 (21.10%), 61–100 (14%), 101–120 (5.30%) and more than 120 (28.10%).

Our research factors are shown in Table 3.

5 Results

In this section, we are going to focus on the results of our research and the possible relationships between the factors which could be interesting for our conclusions.

- Has the nursing home where you work got a mourning protocol? (VDPM0008)

The majority of the workers interviewer, answered that the nursing home where they worked had a mourning protocol (46%), compared with 35% for the ones whose nursing home did not have a mourning protocol (Fig. 1).

- Mourning protocol (VDPM 0008) and nursing home character (VDPM0004).

With relation to the existence of a mourning protocol and the nursing home character, as we can see in Fig. 2, in the religious centres 56.25% have a mourning protocol

Fig. 1 Mourning protocol.
Source Author Compilation

Has the nursing home where you work a mourning protocol?

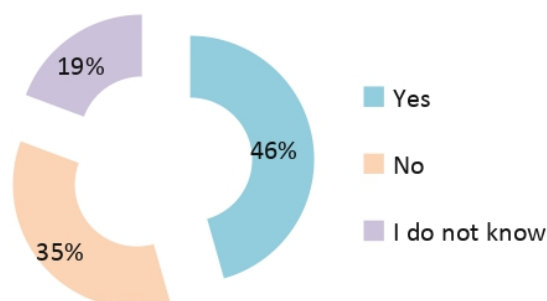
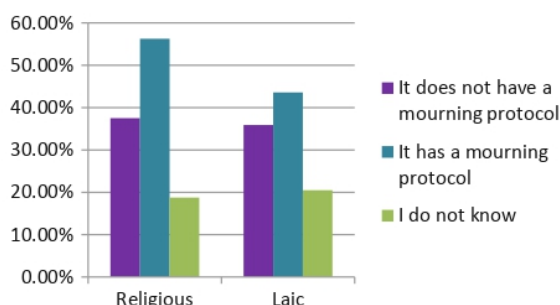


Fig. 2 Mourning protocol and nursing home character.
Source Author Compilation



whereas 37.5% of the centres do not have it. 18.75% of the people surveyed do not know if in the centre where they work has or does not have a mourning protocol. In the non-religious centres we can see that as in the religious ones, the majority of the centres 43.59% have a mourning protocol, and 35.9% of the centres which do not have it. 20.51% of the people surveyed do not know if in the centre where they work has or does not have a mourning protocol.

- Mourning protocol (VDPM0008) and number of residents (VDPM0006).

As we can see in the Fig. 3, with relation to the number of residents, the nursing homes with less than 20 residents in our sample do not have a mourning protocol with a 100%, being the ones with 61–100 residents the second one with 62.5%.

On the other hand we can see that the centres with 21–40 residents are the ones with more mourning protocols with 81.25% followed by the ones with 41–60 with 50%.

- Mourning protocol (VDPM0008) and centre ownership (VDPM0003).

Analysing Fig. 4, we can say that in the public centres the existence or non existence of a mourning protocol has the same representation in our samples. Nevertheless, there are more private centres with morning protocol (43.75%) whilst, without

Fig. 3 Mourning protocol and the number of residents. *Source* Author Compilation

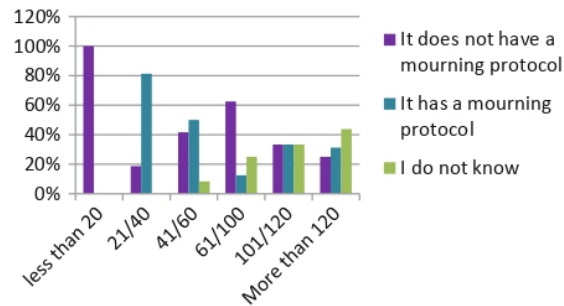


Fig. 4 Mourning protocol and centre ownership. *Source* Author Compilation

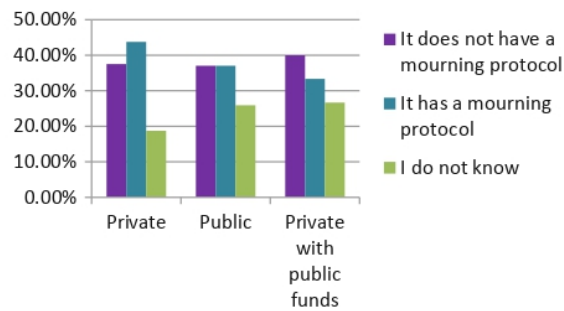
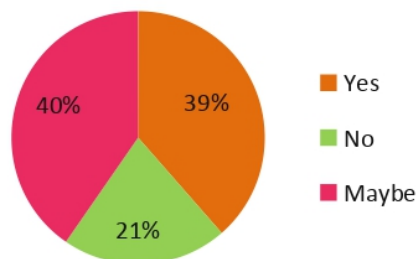


Fig. 5 Mourning personal work. *Source* Author Compilation

Do you work the mourning with the residents?



it (37.50%), the private centres with public funds the opposite case is seen, with 40% where there is not a mourning protocol versus 33.33% where there is a mourning protocol.

- Do you think you work on mourning with the residents? (VDPM0009).

The majority of the people surveyed consider that they maybe work on mourning with the residents, followed by 39% of our sample that consider they work on mourning with the residents and then 21% of our sample that consider they do not work on mourning with the residents (Fig. 5).

Fig. 6 The existence of a protocol and mourning personal work perception.
Source Author Compilation

Do you work the mourning with the residents?

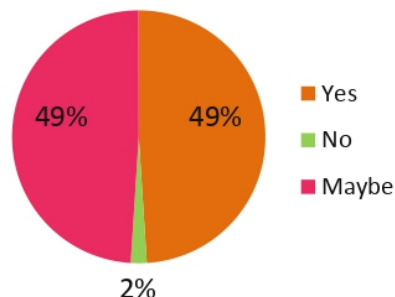
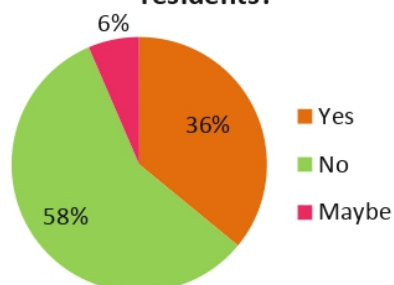


Fig. 7 The non existence of a protocol and mourning personal work perception.
Source Author Compilation

Do you work on mourning with the residents?



- Do the people surveyed whose nursing home has a mourning protocol consider they work on mourning with the residents? (VDPM0009 and VDPM0008).

With relation to how many of the people surveyed whose nursing homes have a mourning protocol consider if they work or do not work on mourning with the residents, we have the same amount of people who answered yes and maybe (49%). See Fig. 6.

- Do the people surveyed whose nursing home has not got a mourning protocol consider they work on mourning with the residents? (VDPM0009 and VDPM0008).

With relation to how many people surveyed whose nursing home has not got a mourning protocol consider if they work or do not work on mourning with the residents, we can see that most of our sample do not consider they work on mourning with the residents (58%), and 36% are the ones who consider they work on mourning with them (Fig. 7). These results show considerable difference compared with the previous ones related to the workers whose nursing home has a mourning protocol.

- How well do you consider you work on mourning with the residents? (VDPM00010)

Fig. 8 How well do you consider you work on mourning with the residents?
Source Author Compilation

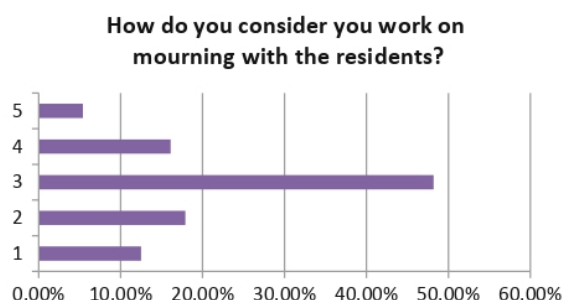
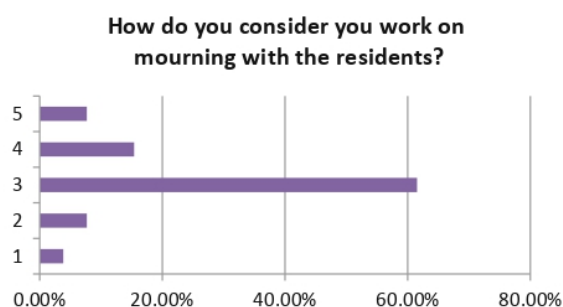


Fig. 9 The existence of a protocol and how do you consider you work on mourning with the residents?
Source Author Compilation



As we can see in Fig. 8 the 48.2% of the people surveyed qualified their mourning work with a 3/5, being 2/5 the second mark with a 17.90% and 4/5 with a 16.10%, follow by 1/5 with a 12.50% and 5/5 with a 5.4%.

- The people surveyed whose nursing home has mourning protocol, how do they think they work on mourning with the residents? (VDPM0008 and VDPM0010).

The majority of people surveyed whose nursing home has a mourning protocol qualify their intervention in this file with a 3/5 being 61.54% of our sample, followed by the ones who qualify their intervention with a 4/5 who are 15.39%, as we can see in Fig. 12 they marks 2/5 and 5/5 have the same representation being 7.69% of the surveyed, leaving 1/5 in the last position with 3.85% (Fig. 9).

- Do the people surveyed whose nursing home has not got a mourning protocol think they work on mourning with the residents? (VDPM0008 and VDPM0010).

As we can see in Fig. 10, the results of how the workers think they work on mourning with the residents, changes depending on if their nursing home has or doesn't have a mourning protocol.

Whereas in the previous graph the majority of the people surveyed qualified their intervention with a 3/5, in this case the majority of the surveyed has qualified it with a 2/5 being 38.89% of the sample, being the ones who have choose 3/5 as their assessment just 16.66% of our sample.

Fig. 10 The non existence of a protocol and how do you consider you work on mourning with the residents.
Source Author Compilation

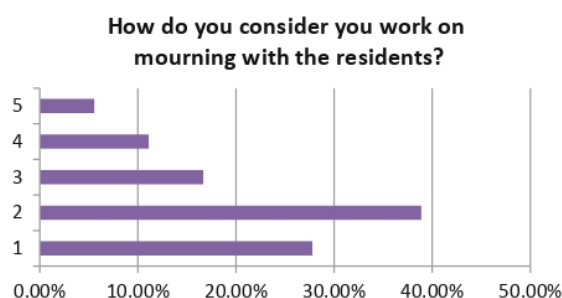


Fig. 11 How do you consider is the work on mourning in your centre?
Source Author Compilation



The same happens with the number of people surveyed who chose a 1/5 as the assessment of their mourning work, whereas in the first graph they are 3.85% of the sample in this graph they represent 27.78% of the population of our research.

Leaving 4/5 and 5/5 as the less chosen options with 11.11 and 5.55% of our research population.

- Being 1 less than 5, how effective do you consider the work on mourning is in your centre? (VDPM0011).

With relation to the effectiveness of mourning work in their centres, the majority of the workers chose the result of 3/5 (45.60%), follow by 2/5 (21.10%), which has a similar result as 4/5 (15.80%), leaving 1/5 (12.30%) and 5/5 (5.30%) in the last positions (Fig. 11).

- The people surveyed whose nursing home has a mourning protocol being graded from 1 to 5 how do they consider they work on mourning with the residents in their centre? (VDPM0008 and VDPM0011).

The majority of the people surveyed whose nursing home has a mourning protocol has qualified their intervention with a 3/5 (50.00%), follow by the ones who chose 4/5 (26.92%) and 5/5 (11.54%). Leaving 1/1 and 1/2 in the last position (3.85%) (Fig. 12).

Fig. 12 The existence of a mourning protocol and how you consider is the work with the mourning in your centre.
Source Author Compilation

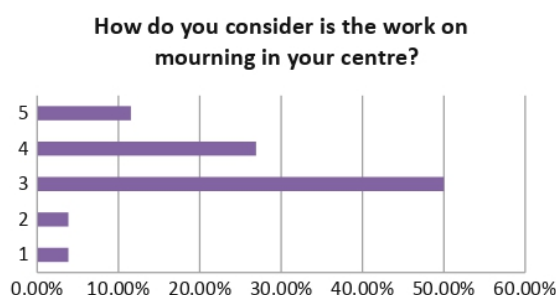


Fig. 13 The non existence of a mourning protocol and how you consider is the work on mourning in your centre.
Source Author Compilation



- The people surveyed whose nursing home has not got a mourning protocol being graded from 1 to 5 how they consider they work on mourning with the residents in their centre? (VDPM0008 and VDPM0011).

As we can see in Fig. 13 again there are differences between the workers whose nursing home have and have not a mourning protocol. As in the first graph the most popular was the 3/5 in the second one is 2/5 (55.55%), followed by 1/2 and 2/1 which despite observing in the first graph has the less representation, in the second one are the 22.22% of the sample each one. Having 4/5 and 5/5 no representation for these workers.

6 Discussion

After a deep analysis of the results and the theory, we can find some similarities between some author's theories and our results.

A possible example of this is the relationship between the religious character of the centre and the prevalence of the existence of a mourning protocol versus the non existence of it. The prevalence of it being 56.25% as we can see in the Fig. 2.

And the theory of James about nursing home rules and how they affect the religious rituals related with the mourning process, being a possible explanation of why the

religious centres have a higher percentage than the non-religious ones in the existence of a mourning protocol.

The religious centres have religious rituals related with the mourning normally and also have directly or indirectly a mourning protocol as the religious rituals is by itself a protocol.

Another correlation between the theory and the results is the lower evaluation with which the workers whose nursing home has not got a mourning protocol evaluated their intervention in general and the centre intervention in this process in particular. In contrast with the ones whose centres have this type of protocol and the graph of possible modifications in the normal mourning stages of Martínez and Siles, which give us the amount of possible changes with which the workers whose nursing home do not have a mourning protocol could be not familiar with. As a consequence of this non-familiarization it makes their work less effective with this phenomenon in this specific environment.

An interesting results and case studies can be found in e.g. Maturo et al. (2016), Flaut et al. (2018) or Hoskova-Mayerova et al. (2017). A different approach to health education is presented e.g. in Svarcova et al. (2016).

7 Conclusion

In conclusion, we can say that some of our hypotheses are confirmed but others are not. On some occasions this confirmation is not even clear.

With regards to our first one: the majority of professionals, who work in nursing homes, do not consider that they work correctly on mourning in the nursing homes. We can say that the answer is not clear because despite the majority of people being surveyed having evaluated their work with a 3/5 the second most popular score is 2/3.

Regarding the second one: 70% of religious nursing homes have a mourning protocol, this is not confirmed because despite there being a wide range of religious nursing homes with a mourning protocol, it does not represent the 70% of the sample.

However, we can confirm the third hypotheses: There are more private nursing homes than public ones which have a mourning protocol.

As for the fourth: There are more small centres than big ones with a mourning protocol.

And in the final one: There are more workers who consider they do good mourning interventions in the centres which have a mourning protocol than in the ones that do not have it. Which definitely proves with the amounts of differences between the workers whose nursing home has and does not have a mourning protocol answers without doubt the importance of a protocol in these area of nursing homes.

This doesn't just improve the worker perception of their own work and the centre work in the mourning area, but it also improves the quality of life of the elderly people who live in them.

References

- Cohen, M.: Bereavement groups with elderly. *J. Psychother. Indep. Pract.* **1**(2), 33–41 (2000)
- Flaut, C., Hoskova-Mayerova, S., Flaut, D.: Models and Theories in Social Systems, *Studies in Systems, Decision and Control*, vol. 179. Springer International Publishing, 576 p. (2018). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-00084-4>
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillen, C., González, J., Villaverde, M and Alba, I.: Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review. *Cuadernos de Medicina Forense* **611**(30), 39–50 (2002)
- Heo, J., Chun, S., Kim, B., Ryu, J., Lee, Y.: Leisure activities, optimism, and personal growth among the young-old, old-old, and oldest-old. *Educ. Gerontol.* **43**(6), 289–299 (2017)
- Hoskova-Mayerova, S., Maturo, F., Kacprzyk, J. (eds.): Mathematical-Statistical Models and Qualitative Theories for Economic and Social Sciences, *Studies in Systems, Decision and Control*, vol. 104. Springer, Berlin, 442 p. (2017). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-54819-7>
- Jerez, J., Priscilla, N., Fagundes, B., Farias, M., Grazielly, M., Macedo, L., Louise, F., Bezerra, D., Costa, K.: Depressive symptoms and associated factors in institutionalized elderly. *Exp. Aging Res.* **42**(5), 479–491 (2016)
- Jones, J.: Mourning, melancholia and religious studies: is the “lost object” really lost? *Pastoral Psychol.* **59**(10), 379–389 (2009)
- Martín, M.: Trabajo Social en Gerontología. SINTESIS, Madrid (2003)
- Martínez, E.: Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del SXXI. Universidad de Almería, Almería (2002)
- Martínez, E., Siles, T.: El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos* **21**(2), 62–65 (2010)
- Maturo, A., Hoskova-Mayerova, S., Soitu, D. T., Kacprzyk, J., (eds): Recent trends in social systems: quantitative theories and quantitative models. *Studies in System, Decision and Control*, vol. 66. Springer International Publishing AG, 426 p. (2016). <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40585-8>
- Olvida, T., Mendonça, R.: Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciência & Saúde Coletiva* **19**(8), 3310–3314 (2013)
- Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial del duelo. *Cultura de los cuidados*. Available online at http://www.index-f.com/cultura/14revista/14_articulo_27-43.php
- Pinazo, S., Sánchez, M.: Gerontología: Actuación, Innovación y Propuestas. Pearson Education, España (2005)
- Svarcova, I., Hoskova-Mayerova, S., Navratil, J.: Crisis management and education in health. In: The European proceedings of social & behavioural sciences, *EpSBS*, vol. XVI, pp. 255–261 (2016). <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.11.26>

CAPITULO 2.

**The mourning in nursing homes and the nursing homes
workers necessities.**

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

2. The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities. Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Características de la publicación

Tipo de publicación: Capítulo de libro

Título del capítulo: The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities. Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Título del libro: "Decisions and Trends in Social Systems"

Número de autores: 3

Posición que ocupa el solicitante: 1

Autor principal: Ana Vallejo Andrada

Co-autores: José Luis Sarasola Sánchez-Serrano y Evaristo Barrera Algarín y

País de Publicación: Suiza

Año de publicación: 2021

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Indicios de calidad

Editorial: Springer Nature

Base de datos de indexación: Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI)

Año: 2018

Factor ICEE: 670.000

Posición que ocupa: 4 de 96

Categoría: General

Springer Verlag, P.O. Box 10 52 80, 69042 Heidelberg, Germany

Ana Vallejo Andrada
Pablo de Olavide University
Utrera Road 1
41013, Seville
Spain

Springer Verlag GmbH
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg, Germany
P.O. Box 10 52 80
69042 Heidelberg, Germany
T +49 6221 487 0
F +49 6221 487 8366
www.springer.com

Holger Schäpe
Engineering Editorial
T +49 6221 487-8228
F +49 6221 487-68228
Holger.schaepe@springer.com

March 24, 2021

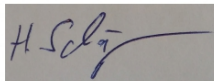
Certificate for Ana Vallejo Andrada

To whom it may concern,

I hereby certify that Ana Vallejo Andrada served as chapter author for chapter "The Mourning in Nursing Homes and the Nursing Homes Workers Necessities."

This chapter will be published in our book "Decisions and Trends in Social Systems" (Print ISBN: 978-3-030-69093-9 and Online ISBN: 978-3-030-69094-6), Springer International Publishing, which will be part of our series "Lecture Notes in Networks and Systems" with volume number 189.

Sincerely,



Holger Schäpe
Engineering Editorial

The Mourning in Nursing Homes and the Nursing Homes Workers Necessities



Ana Vallejo Andrada , José Luis Sarasola Sanchez-Serrano ,
and Evaristo Barrera Algarín

Abstract In Spain as in the rest of Europe elderly group which has been increasing during the last few decades, our society has created new answers for this group necessities, as it could be nursing homes. Nursing Homes in many cases constitute a separate social sphere, which differ from family homes in many aspects, one of them is the morning process. The aim of this research is to analyse the similarities and differences of the necessities of each professional group in their work with the residents morning process, to fulfil this porpoise we have created a survey which have been send to fifty-eight nursing homes workers in order to identify the barriers and facility factors which can interfered in their work with the residents mourning.

Keywords Elderly · Mourning · Grief · Nursing home · Nursing home workers · Senior citizens · Residents and Spain

1 Introduction

As a consequence of the increase in life expectancy, in many countries elderly people have become one of the most representative groups of our society. As a answer of that, our society has created new specific resources especially designed for them, whereas in some occasions this resources do not fulfil their purpose correctly.

One of these resources are the nursing homes. Nursing homes in the way there have created, constituted their own social sphere, with its own rules, timetables and relations.

A. Vallejo Andrada (✉) · J. L. Sarasola Sanchez-Serrano · E. Barrera Algarín
Departament of Social Work and Social Services, Pablo de Olavide University, Utrera Road, 1,
41013 Seville, Spain
e-mail: avaland@upo.es

J. L. Sarasola Sanchez-Serrano
e-mail: jlsarsan@upo.es

E. Barrera Algarín
e-mail: ebargalg@upo.es

© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG 2021
D. Soitu et al. (eds.), *Decisions and Trends in Social Systems*,
Lecture Notes in Networks and Systems 189,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-69094-6_20

1

The aging process is not univocal, direct or simple. There is no consensus in defining it, but to consider that people express the physical, psychological and social defects over time, and manifested a highly asynchronous differential mode [1], p. 42. As we can see in Martín's definition, the ageing process have certain characteristic, that change the way that elderly people live their lives.

In nursing homes these factors get link to the nursing homes own characteristics, creating a new ambit of relations, between residents, family, workers and institution. In this new ambit relations ships affect each other's, creating its own ecosystem, completely differentiated from the outside world.

For this reason, is vital, that we analyse all the social factors that compose it. We have already talk about one of them: The residents, the elderly people who live in them. But what about the workers? Throughout this chapter we are going to get focused in the professional view and how the intuitional aspects can interfered in their work in one specific topic: The Mourning.

2 The Mourning and the Professional Intervention

As it is described by White, mourning is a natural process in human being, which initially should not be treated in a pathological manner, as long as this process is not complicated [2], p. 179.

Following this line Díaz et al. tells us that grief is a social process, and that as such, the fact of feeling support and being able to verbalize and share the experience will be fundamental for its resolution. However, the current society can exert its influence in the opposite direction, that is, forcing the sufferer to be well immediately, to be distracted, to avoid contact with pain or tears, causing the process to be inhibited and complicated [3], p. 11.

Making the professional intervention in the grieving process, something indispensable in our society, especially in those places where people are in greater contact with death. As the nursing homes.

In Nursey Homes, we can find a great variety of professions, specialized in the care of the elderly, which created together the assistance network that this group needs. Being essential networking and collaboration between each of them.

- *Care Workers*: Its general competence in providing auxiliary care in institutional settings to elderly people who have some degree of dependency or who present a situation of need (physical, mental or social health), applying the most appropriate strategies and procedures to maintain their health and improve their autonomy personal and social [4], p. 49.
- *Directors*: Its general competence is to manage the resources available, human and material, so that the institution provides the services for which it is intended. Using the best strategies of organization and teamwork that optimize the performance of all staff and ensuring that the best methods and procedures for quality care are applied [4], p. 49.

- *Occupational therapist*: Its general competences are based on organizing the human and material resources available to organize the department or Occupational Therapy Area whose objective is to maximize the functionality and support the level of occupation of the elderly, offering adaptation-compensation techniques through the simplification of tasks, the modification of the environment and the application of techniques of the discipline [4], p. 49.
- *Physiotherapist*: Its functions are to organize and develop the area of physiotherapy seeking the rehabilitation of the person, or what is the same, to diminish the effect of the injuries that produce disability and handicaps, to control the symptoms by physical means and to allow the eldest to [4], p. 49.
- *Psychologists*: Its general competences are to manage the resources available, human and material, so that the institution provides the services for which it is intended. Doing psychological and neuropsychological evaluations, diagnoses and developing stimulation and re-education programs more appropriate for each case. Also, assisting in a therapeutic way in those cases and in specific programs that require it [4], p. 50.
- *Social Workers*: Its main function is to organize the functioning of the social area so that it provides a service adapted to the needs of the users, of an integral and quality character. Sometimes, in the absence of other professionals, can be responsible for the area of socio-cultural animation [4], p. 51.

In order to promote a proper attention to the grief of our residents, we need to provide our professionals with factors, which will not only affect the treatment of grief, but their entire work in the centre.

As well we have previously expressed, elderly people in a residential context, do not have the same stages of grief that elderly people outside this context. Assuming that in some stages of grief, the centre's policy and actions of professionals are key to overcoming grief. How can we help residents better?

Despite it is true there is a clear heterogeneity, among different professional profiles and their functions, we can find some common elements that could facilitate their work with grief (Table 1).

Table 1 Recommendable attitudes to mourning work

Recommendable attitudes to mourning work	
Accompany the affected resident	Provide space and time for the person
Facilitate feeling expression	Give him or her individualise attention
Create help groups	Have coalify workers to deal with mourning
Create activities that attract the person and distract him or her	Talk about mourning with naturality
Facilitate participation in bereavement rituals	Use correct language
Create work teams	Create a communication line between all the professionals who work with the affected patient

Source Prepared from the material obtained by Rodríguez and Fernández [5], p. 279

3 The Mourning Protocol in Spanish Nursing Homes

Once it is specified the importance of bereavement care, the characteristics of mourning in the homes of elderly and professionals involved, we need to define the Spanish protocols for his process.

Regarding the bereavement care protocols, we can define 2 types of protocols:

- Those centres in which there is no specific protocol for grief attention, being it included in a section of the death protocol, as one of the steps that it is followed when a resident died in the centre.
- Those centres that do have a specific protocol for grief attention, assuming this is a differentiated section of the death protocol.

Then we will describe more clearly each of the two types, by providing protocols from different nursery homes.

- *Attention to grief included in the death protocols:* This is the example of the ICERON and LARES foundation, in which this section is included as part of the death protocols.

In the first case this section appears after the preparation of the corpse and it differences between family's, resident's and residential worker's care [6], p. 6.

In the second example, bereavement care, is not listed as a section by itself, but as two hyphens in the sequence of actions to perform at the death of a resident, the first referred to the family accompaniment, after death notification and the agreement to transfer to the funeral centre and the second once the process is completed, as an accompaniment by the psychologist or another professional stipulated to the roommate of the deceased.

- *Specific protocol for bereavement:* This is the protocol described by the Council of Social Affairs of the Community of Madrid, in which the grief, attention appears as a specific section.

However, duel already appears in a previous section called "Protocols of Care Management: Care Death" as an introduction definition before the beginning of the chapter. After this, within the guide, we find a specific chapter dedicated to this phenomenon, entitled "Protocols of Care Management: Bereavement Care". This chapter begins with the specification of the users to whom it is addressed and with various definitions, including the one of the griefs, the types of grief and the phases. Then talks about the professionals involved in the grieving process, description of the procedure, technical standards and place and custody records.

Although in the last example of Grief Protocols in nursing homes, the process is more specified, we can see an absence of differentiation, between the type of relationship the resident has with the deceased and some reference if the deceased was not a nursing home resident but affects one of the elderlies who lives in the nursing home. Because our centre is our residents' home, we can find ourselves with the situation that someone external to it dies and it affect our residents.

4 Methodology

This research is part of an extended investigation about mourning in nursing homes. On this occasion, we have decided to focus on the necessities of the different professionals who work in the nursing homes. We have created a survey which have been send to fifty-eight nursing homes workers: Nursing Assistants (24.60%), Social Workers (21.19%), Nurses (22.8%), Occupational therapists (7%), Physiotherapists (7%), Psychologists (5.3%) and Sociocultural Motivators (5.3%).

Having these hypotheses:

1. There is a difference between the professional role and the necessities each of them must work with the residents mourning.
2. The ratio of workers per nursing home is the most select option as problem to work with the residents mourning.
3. The most of the surveyed consider the social worker and the psychologist the two professionals who work with the residents mourning process.

Despite our first questionnaire having sixteen questions, for this section we have used eleven questions especially related with the protocol's topic, four of them related with general information and eight with more specific questions which have been answered by 58 Spanish nursing home workers.

With ages between 16 years old and 55 years old, people surveyed ages are divided in four groups: 16–25 years old (25.60%), 26–35 years old (59.60%), 36–45 years old (7%), 46–55 years old (8.88%).

In relation with gender, 80.7% are women and 19.3% are men. They are from different cities of Andalucía and Extremadura (Spain). And the nursing homes where they work are private with public funds (52.6%), private (33.3%) and public (21.11%). With relation to the nursing home character, there are non-religious (68.4%) and religious (31.6%) centres.

About the number of residents, we have divided them in six groups: Less than 20 residents (3.40%) 21–40 residents (28.10%), 41–60 (21.10%), 61–100 (14%), 101–120 (5.30%) and more than 120 (28.10%).

Our variables are (Table 2):

5 Results

In this section, we are going to focus on the results of our research and the possible relationships between the factors which could be interesting for our conclusions.

- Facilitating elements and barriers in mourning work.

In Table 3 we can appreciate that the most common barrier for all the workers is the working time per patient, follow by the mourning formation. Being having a face to face contact with the residents the most common facilitating aspect.

Table 2 Methodology variables

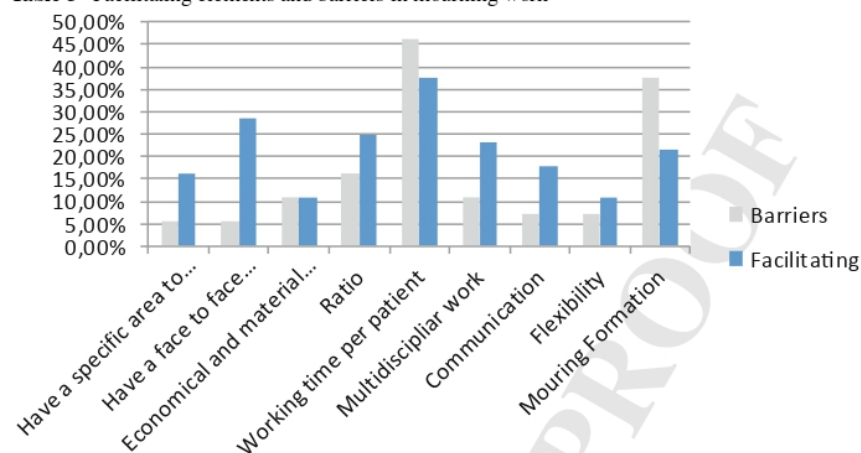
Code	Variables	Question
VDPM0001	Age	1
VDPM0002	Sex	2
VDPM0003	Centre location	3
VDPM0004	Centre ownership	4
VDPM0005	Centre character	5
VDPM0006	Number of residents	6
VDPM0007	Professional role	7
VDPM0010	Existence of professional work with mourning	10
VDPM0012	Do not have a specific area to work with mourning	12
VDPM0013	Do not have a face to face contact with the residents	12
VDPM0014	Low economical and material resources	12
VDPM0015	Scarce ratio	12
VDPM0016	Do not have enough time to work with each patient	12
VDPM0017	The inexistence of a multidisciplinary work	12
VDPM0018	The inexistence of communication with the other professionals	12
VDPM0019	Lack of organizational flexibility	12
VDPM0020	Nonexistence of formation about mourning	12
VDPM0021	Have a specific area to work with mourning	13
VDPM0022	Have a face to face contact with the residents	13
VDPM0023	Economical and material resources	13
VDPM0024	The ratio	13
VDPM0025	Have enough time to work with each patient	13
VDPM0026	The existence of multidisciplinary work	13
VDPM0027	The communication with other professionals	13
VDPM0028	The organization flexibility	13
VDPM0029	The existence of formation about mourning	13
VDPM0030	Multidisciplinary work with mourning	14
VDPM0031	Professional categories who work with the patient mourning	15

Source Author compilation

- Facilitating elements and barriers in mourning work social animators' answers

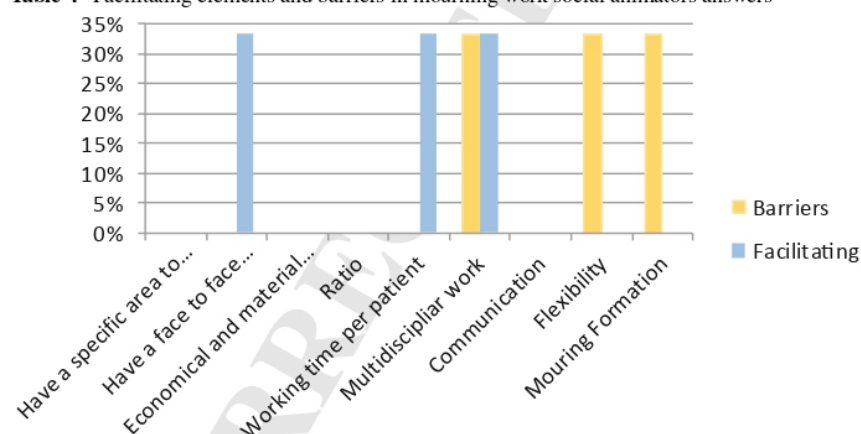
Regarding with the social animator answers we can notice that the multiciliary work is as facilitating aspect as well as a barrier, being the working time per patient and have a face to face contact with the residents the other two most vote facilitating aspects and the organization flexibility and mourning formation the barriers (Table 4).

Table 3 Facilitating elements and barriers in mourning work



Source Author compilation

Table 4 Facilitating elements and barriers in mourning work social animators answers

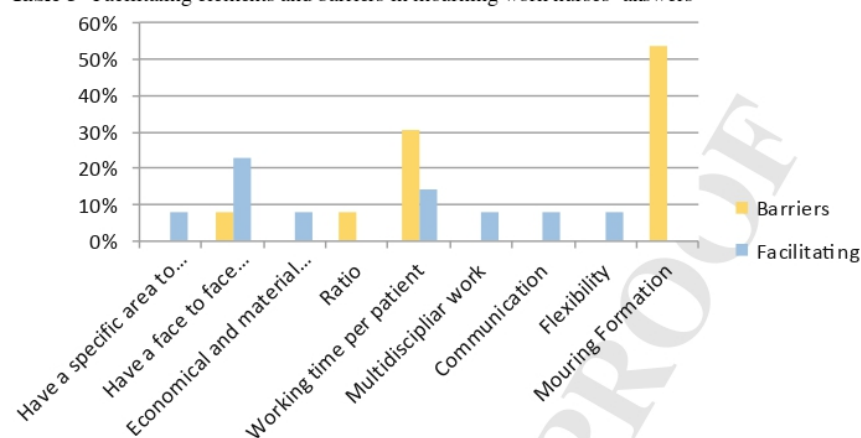


Source Author compilation

• Facilitating elements and barriers in mourning work nurses' answers

Most of nurses interviewed pointed the mourning formation follow by the working time per patient as the two principal barriers and have a face to face contact with the elderly as the most important facilitating element (Table 5).

Table 5 Facilitating elements and barriers in mourning work nurses' answers



Source Author compilation

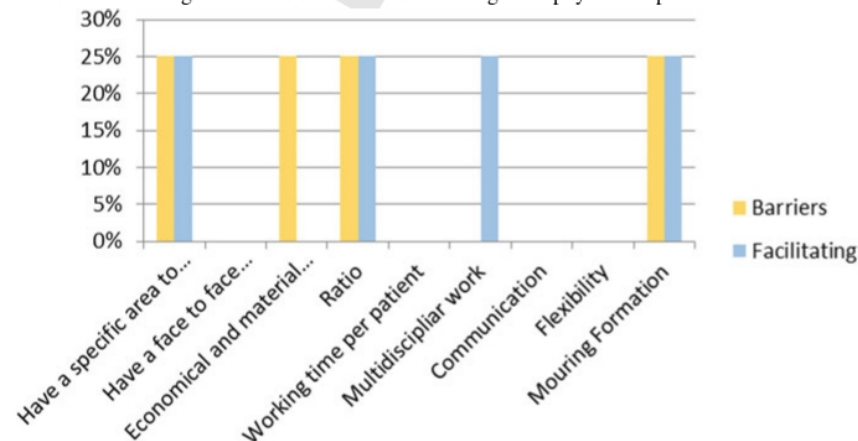
• Facilitating elements and barriers in mourning work physiotherapies answers

As it is show in Table 6 physiotherapies identify the mourning formation, having a specific area to work with the residents and economical and material resources as a facilitating element and at the same time as a barrier.

• Facilitating elements and barriers in mourning work nursing assistants answers

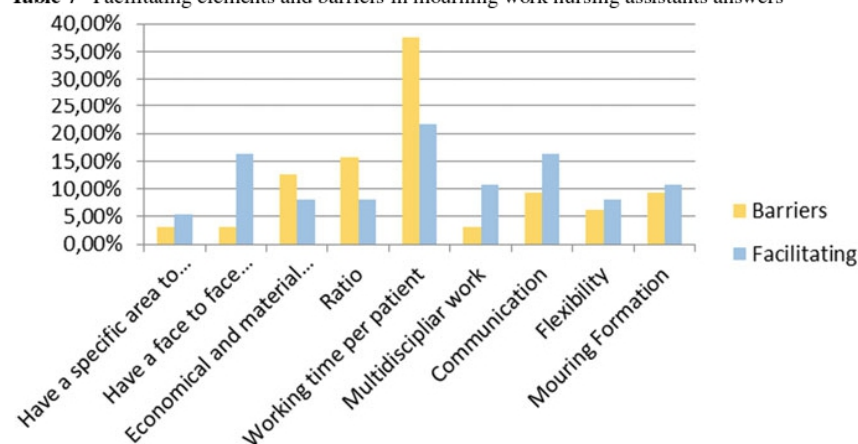
The working time per patient is the most pointed answer for nursing assistants follow by the ratio and the economical and material resources as a barrier to work with the

Table 6 Facilitating elements and barriers in mourning work physiotherapies answers



Source Author compilation

Table 7 Facilitating elements and barriers in mourning work nursing assistants answers



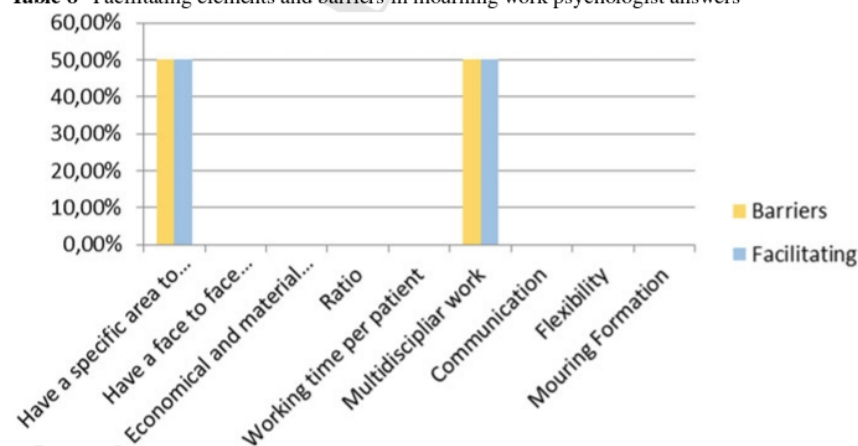
Source Author compilation

183 patient mourning. Being the working time per patient, the communication between
 184 the different professionals and have a face to face contact with the elderly the most
 185 pointed facilitating elements (Table 7).

186 • Facilitating elements and barriers in mourning work psychologist answers

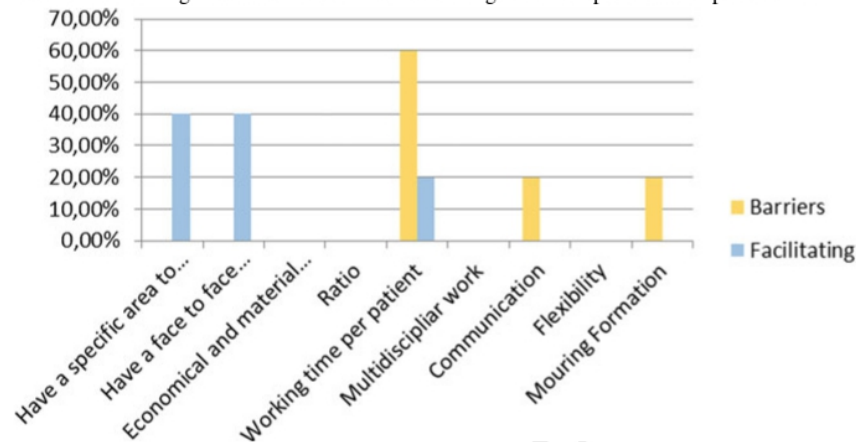
187 In relation with the facilitating elements and barriers identified by psychologist, this
 188 collective has mentioned have a specific area to work with patient's mourning and
 189 multiciliary work as a possible barrier and a facilitating element (Table 8).

Table 8 Facilitating elements and barriers in mourning work psychologist answers



Source Author compilation

Table 9 Facilitating elements and barriers in mourning work occupational therapist answers



Source Author compilation

- Facilitating elements and barriers in mourning work occupational therapist answers

As it is show in Table 9 occupational therapist feel the working time per patient, communication between the different professionals and the mourning formation are the most remarkable barriers for their work with the residents mourning and have a specific area to work and have a face to face contact with residents as the most remarkable facilitating elements.

- Facilitating elements and barriers in mourning work social workers answers

Most of the social workers interviewed pointed the working time per patient and the mourning formation as the principal barriers, being also these two options the most facilizing element selected (Table 10).

- Who is the reference professional in the mourning work in your nursing home?

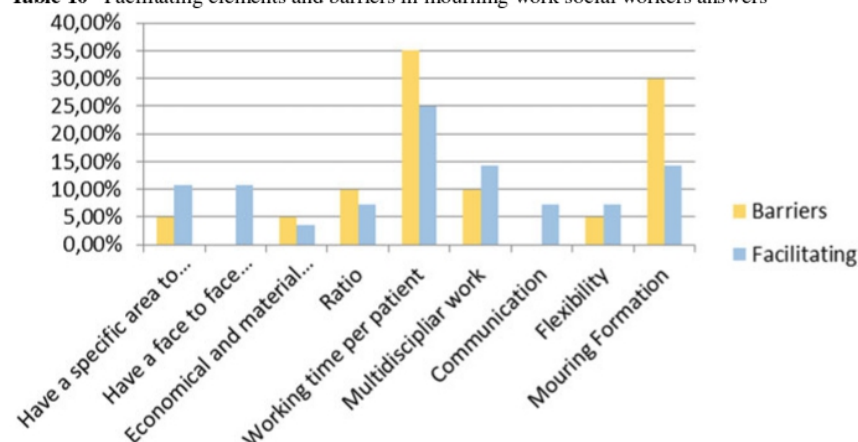
Following the results of the bellow graphic, the psychologist is the nursing home professional more selected by the workers follow by the nursing assistant and the social workers.

6 Discussion

After a deep results and theory analysis, we can remark some similarities between the previous mentioned theory and our results.

The first notable resemblance is between the recommendable attitudes to mourning work, among the list we have some recommendations like the creation

Table 10 Facilitating elements and barriers in mourning work social workers answers



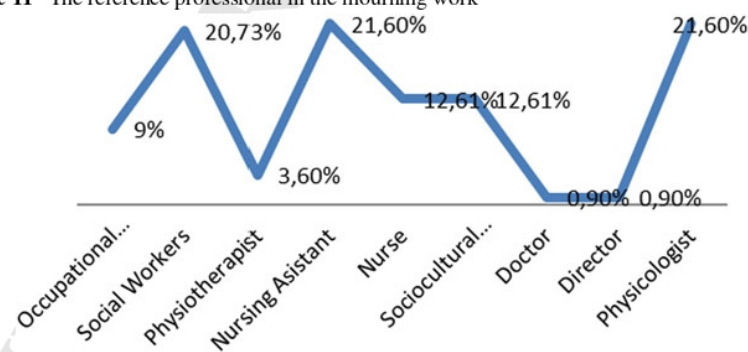
Source Author compilation

of work teams, a communication line between all the professionals who work with the affected patient and coalify professionals [5], p. 279.

Our surveyed have pointed: have mourning formation, multidisciplinary work and face to face contact with the elderly as barriers and facilitating aspect of the mourning work, being this a cohesion between the theory and results.

The second remarkable coincidence is related with the referent profession for the mourning work in the nursing homes, as it is pointed in the cinceron protocol the roommate's deceased must accompaniment by the psychologist [6], p. 6. And as it showed in the Table 11 our surveyed have pointed the physiologist as the reference professional with a 21.6%.

Table 11 The reference professional in the mourning work



Source Author compilation

7 Conclusion

To conclude this chapter in relation with our hypothesis we can point that our results show us that some of our hypothesis are contrasted whereas others no.

Despite our first hypothesis is contrasted, as well as the third one. The second hypothesis it is not, the ratio of workers is not considering for the surveyed as the biggest complicating element in their work with the residents mourning process, but it is the working time per patient. Something which would be higher with a more adequate ratio.

It is remarkable how despite the nursing assistant are one of the workers with low study level, it is one of the selected professionals, as a reference in the mourning work, and how specially this collective demand some type of formation in this file. This could be because of the time they spend with the elderly. That show us the importance of educate the entire working equip in this area and the necessity of insist in the face to face contact with the residents specially in a duel.

References

1. Martín M (2003) Trabajo social en gerontología (ISBN: 9788497561235)
2. White R (2015) Dialectic of mourning. *J Theor Humanit* 20(4):179–192
3. Díaz P, Losantos S, Pastor P (2014) Guía de Duelo en Adultos para profesionales socio-sanitarios. [online 17-05-2017]. Available online at: <https://www.fundacionmlc.org/noticia/guia-duelo-adulto/>
4. IMSERSO (2015) Marco de actuación para las personas mayores: propuestas y recomendaciones para favorecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores. [online 03-09-2017]. Available online at: <http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/materiales-utiles/publicacion/marco-de-actuacion-para-las-personas-mayores-propuestas-y-medidas-para-fortalecer-el-ejercicio-de-los-derechos-de-las-personas-mayores/>
5. Rodríguez B, Fernández A (2002) Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud. *MEDIFAM* 12(4):276–284
6. Ortega M (2013 5 Febrero) Protocolo de Exitus. Asociación Ciceron. [online 03-02-2017]. Available online at: <file:///G:/Universidad/Master/TFM/Documentos/Protocolos%20de%20duelo/Protocolo%20de%20%C3%A9xitus%20-%20Asociaci%C3%B3n%20Cicer%C3%B3n.htm>

Author Queries

Chapter 20

Query Refs.	Details Required	Author's response
AQ1	Please check and confirm if the inserted citation of 'Tables 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11' are correct. If not, please suggest an alternate citation. Please note that tables should be cited sequentially in the text.	
AQ2	Please check and confirm the edit made in the sentence 'And as it showed in the ...'.	

MARKED PROOF

Please correct and return this set

Please use the proof correction marks shown below for all alterations and corrections. If you wish to return your proof by fax you should ensure that all amendments are written clearly in dark ink and are made well within the page margins.

<i>Instruction to printer</i>	<i>Textual mark</i>	<i>Marginal mark</i>
Leave unchanged	• • • under matter to remain	①
Insert in text the matter indicated in the margin	⌵	New matter followed by ⌵ or ⌵Ⓢ
Delete	/ through single character, rule or underline or ⌵ through all characters to be deleted	Ⓢ or ⓈⓈ
Substitute character or substitute part of one or more word(s)	/ through letter or ⌵ through characters	new character / or new characters /
Change to italics	— under matter to be changed	↵
Change to capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to small capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to bold type	≈ under matter to be changed	≈
Change to bold italic	≈ under matter to be changed	≈
Change to lower case	Encircle matter to be changed	≡
Change italic to upright type	(As above)	⌵
Change bold to non-bold type	(As above)	⌵
Insert 'superior' character	/ through character or ⌵ where required	Y or Y under character e.g. Y or Y
Insert 'inferior' character	(As above)	⌵ over character e.g. ⌵
Insert full stop	(As above)	Ⓢ
Insert comma	(As above)	,
Insert single quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert double quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert hyphen	(As above)	⌵
Start new paragraph	⌵	⌵
No new paragraph	⌵	⌵
Transpose	⌵	⌵
Close up	linking ○ characters	○
Insert or substitute space between characters or words	/ through character or ⌵ where required	Y
Reduce space between characters or words	between characters or words affected	↑

CAPITULO 3.

**Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing
home workers in Spain: A validation study**

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

3. Disenfranchised grief, Burnout, and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Características de la publicación

Tipo de publicación: Capítulo de libro

Título del capítulo: Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Título del libro: “Decisions and Trends in Social Systems”

Número de autores: 4

Posición que ocupa el solicitante: 1

Autor principal: Ana Vallejo Andrada

Co-autores: José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, Evaristo Barrera Algarín y Francisco Caravaca Sánchez

País de Publicación: Suiza

Año de publicación: 2021

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Indicios de calidad

Editorial: Springer Nature

Base de datos de indexación: Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI)

Año: 2018

Factor ICEE: 670.000

Posición que ocupa: 4 de 96

Categoría: General

Springer Verlag, P.O. Box 10 52 80, 69042 Heidelberg, Germany

Ana Vallejo Andrada
Pablo de Olavide University
Utrera Road 1
41013, Seville
Spain

Springer Verlag GmbH
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg, Germany
P.O. Box 10 52 80
69042 Heidelberg, Germany
T +49 6221 487 0
F +49 6221 487 8366
www.springer.com

Holger Schäpe
Engineering Editorial
T +49 6221 487-8228
F +49 6221 487-68228
Holger.schaepe@springer.com

March 24, 2021

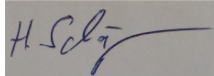
Certificate for Ana Vallejo Andrada

To whom it may concern,

I hereby certify that Ana Vallejo Andrada served as chapter author for chapter
“Disenfranchised Grief, Burnout and Emotional Distress Among Nursing Home Workers in
Spain: A Validation Study.”

This chapter will be published in our book “Decisions and Trends in Social Systems” (Print
ISBN: 978-3-030-69093-9 and Online ISBN: 978-3-030-69094-6), Springer International
Publishing, which will be part of our series “Lecture Notes in Networks and Systems” with
volume number 189.

Sincerely,



Holger Schäpe
Engineering Editorial

Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Decisions and Trends in Social Systems	
Series Title		
Chapter Title	Disenfranchised Grief, Burnout and Emotional Distress Among Nursing Home Workers in Spain: A Validation Study	
Copyright Year	2021	
Copyright HolderName	The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG	
Corresponding Author	Family Name	Andrada
	Particle	
	Given Name	Ana Vallejo
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Pablo de Olavide University
	Address	Utrera Road 1, 41013, Seville, Spain
	Email	avaland@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0002-2776-8859
Author	Family Name	Sánchez-Serrano
	Particle	
	Given Name	José Luis Sarasola
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Jaen University
	Address	Campus Las Lagunillas, S/N, 23071, Jaén, Spain
	Email	jlsarsan@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0002-9327-0370
Author	Family Name	Algarín
	Particle	
	Given Name	Evaristo Barrera
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	Department of Social Work and Social Services
	Organization	Pablo de Olavide University
	Address	Seville, Spain
	Email	ebaralg@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0001-8201-9423
Author	Family Name	Sánchez
	Particle	

Given Name	Francisco Caravaca
Prefix	
Suffix	
Role	
Division	Department of Psychology, Social Work and Social Services Area
Organization	Jaén University
Address	Jaén, Spain
Email	caravaca@ujaen.es
ORCID	http://orcid.org/0000-0002-1209-2657

Abstract	In Spain, as well as in the majority of Europe, elderly people are a social group which has been increasing during the last few decades, consequently our society has created new specific resources orientated towards them, an example of this is nursing homes. Nursey Homes constitute not just a new area for seniors, also a new working environment, with new risk and challenges. With the aim to study this new environment we have created a questionnaire composed with the most presented variables in previous researchers among nursing home workers: Depression, Anxiety, and Stress Scales; The Maslach Burnout Inventory; Grief Support in Health Care Scale; Disenfranchised Grief. With a sample of 90 nursey home workers this study objective is probe the association between these variables and the possibility to used them harmonically in a single questionnaire.
Keywords (separated by '-')	Nursing homes - Grief - Burnout - Emotional distress - Disenfranchised grief

Disenfranchised Grief, Burnout and Emotional Distress Among Nursing Home Workers in Spain: A Validation Study



Ana Vallejo Andrada , José Luis Sarasola Sánchez-Serrano ,
Evaristo Barrera Algarín , and Francisco Caravaca Sánchez

Abstract In Spain, as well as in the majority of Europe, elderly people are a social group which has been increasing during the last few decades, consequently our society has created new specific resources orientated towards them, an example of this is nursing homes. Nursey Homes constitute not just a new area for seniors, also a new working environment, with new risk and challenges. With the aim to study this new environment we have created a questionnaire composed with the most presented variables in previous researchers among nursing home workers: Depression, Anxiety, and Stress Scales; The Maslach Burnout Inventory; Grief Support in Health Care Scale; Disenfranchised Grief. With a sample of 90 nursey home workers this study objective is probe the association between these variables and the possibility to used them harmonically in a single questionnaire.

Keywords Nursing homes · Grief · Burnout · Emotional distress · Disenfranchised grief

A. V. Andrada (✉)
Pablo de Olavide University, Utrera Road 1, 41013 Seville, Spain
e-mail: avaland@upo.es

J. L. S. Sánchez-Serrano
Jaen University, Campus Las Lagunillas, S/N, 23071 Jaén, Spain
e-mail: jlsarsan@upo.es

E. B. Algarín
Department of Social Work and Social Services, Pablo de Olavide University, Seville, Spain
e-mail: ebaralg@upo.es

F. C. Sánchez
Department of Psychology, Social Work and Social Services Area, Jaén University, Jaén, Spain
e-mail: caravaca@ujaen.es

© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG 2021
D. Soitu et al. (eds.), *Decisions and Trends in Social Systems*,
Lecture Notes in Networks and Systems 189,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-69094-6_16

1

1 Introduction

In Spain, as well as in the majority of Europe, elderly people are a social group which has been increasing during the last few decades, consequently our society has created new specific resources orientated towards them, an example of this is nursing homes.

Nurse Homes constitute not just a new area for seniors, also a new working environment, with new risk and challenges. Which is normally composed for a wide range of professionals: Social Workers, nurses, nursing assistants, psychologists, occupational therapists, physiotherapists, who must work as a single group in order to give the elderly and their families the best attention.

This new working environment has certain characteristics that make it different to others, some authors have made some comparison between nurse homes environments and hospitals, as in both cases they professionals must deal with the residents and their families and death.

With the aim to analyse the nurse home working sphere, we have decided to create a questionnaire which englobes one of the most common problematic that could interfere in the professional's labour.

1.1 Burnout

Burnout, first described by Freudenberger [12], is a psychological condition involving a prolonged response to enduring interpersonal stressors (Leiter and Maslach 2009). Freudenberger [13] summarized the signs of burnout including the hopeless, fatigued, bored, resentful, disenchanted, discouraged, confused quickness to anger, instantaneous irritation, frustration responses, totally negative attitude, etc. Burnout was further developed independently by Maslach [19, 20] to be characterised by three domains: emotional exhaustion (EE), depersonalisation (DP), and a diminished sense of personal accomplishment (PA).

Emotional exhaustion occurs when the level of emotional resources becomes depleted such that individuals feel unable to give anymore of themselves emotionally. Depersonalisation describes feelings of cynicism towards clients, whilst reduced personal accomplishment refers to forming a negative evaluation of one's work ability (Maslach 1993)

1.2 Depression Anxiety and Stress

The World Health Organization (WHO) in 2011—"Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community." More than 450 million people suffer

from a type of mental disorder [21]. Among the mental health disorders; depression, anxiety, and stress form a large proportion [23].

1.3 Disenfranchised Grief

Much has been written on general patterns of grief. Though Elisabeth Kübler-Ross's five stages of grief denial, anger, bargaining, depression, and acceptance still dominate most teaching and training, many aspects of her theory have been challenged, particularly the notion of progressive stages that end in acceptance [4, 24, 25].

While these general patterns serve as an important backdrop, the concept of disenfranchised grief, first advanced by Doka in 1989 and refined since [11], carries relevance to home care workers. Health care workers' grief is often described as "disenfranchised" [1, 26] or grief "that is not openly acknowledged, socially validated, or publicly observed" [11].

Within the context of mourning the death of another person, the primary distinction that sets disenfranchised grief apart from a normal range of grief experience is the lack of social recognition and validation of the significance of the bereaved person's relationship with the deceased [27, 30].

1.4 Burnout and Grief

Several researchers have already demonstrated the relation between Burnout and Grief, one of these examples is Adwan research: Paediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction 1 in which he surveyed 120 paediatric nurses recruited from a large midwestern academic medical centre's paediatric patient care units and paediatric float pool RN's. For this sample, he created a questioner composed by: The Revised Grief Experience Inventory (RGEI); The Maslach Burnout Inventory (MBI) and Index of Work Satisfaction for Nurses (IWS).

His analysis revealed a statistically significant positive correlation between the RGEI total score and MBI's EE subscale ($r = 0.38, p = 0.001$), a significant positive correlation with the MBI's DP subscale ($r = 0.19, p = 0.04$), and a negative correlation with the MBI's PA subscale ($r = 0.244, p = 0.009$). Most RGEI subscales are individually correlated to the subscales of the MBI subscales in the same direction of the total RGEI scores [3].

Another example of these variable associations could be Anderson and Ewen study, which is specifically focuses in the nursing home area, titled Death in the Nursing Home, where the researchers surveyed 380 NAs working in 11 nursing homes in Midwestern city.

Their questioner was composed by the 21-item Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), the 12-item Personal Growth subscale of the Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC); 25-item Maslach Burnout Inventory (MBI) and 8-item Physical Well-Being

and the 8-item Psychological Well-Being subscales from the Perceived Well-Being Scale-Revised.

Whit it, the obtained several conclusions, the most relevant ones for our study are: that grief maybe an important contributor to emotional, physical, and occupational well-being in this group of health care workers; NAs who are having problems processing grief would have higher levels of emotional exhaustion and a more difficult time interacting with and humanizing residents; which NAs who experienced greater difficulties with their grief reported higher levels of burnout (Aderson and Even 2011).

1.5 Burnout and Depression Anxiety and Stress

The association between Burnout and stress have been demonstrated by many authors, for instance, recently Hunter et al. [16] in their research: Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors, surveyed a total of 1997 midwives with a questionnaire compose by Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and Copenhagen Burnout Inventory (CBI). From which they obtained as results significant levels of emotional distress recorded by most participants. Eighty three percent ($n = 1464$) of participants scored moderate and above for personal burnout and 67% ($n = 1167$) recorded moderate and above for work-related burnout. Over one third of participants scored in the moderate/severe/extreme range for stress (36.7%), anxiety (38%) and depression (33%). Which probe an association between burnout and depression anxiety and stress [16].

Another example of this association is Martínez-Monteagudoa, Inglés, Granadosc, Aparisia and García-Fernández's research title Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety, depression, and stress in secondary education teachers. I which we can appreciate a questionnaire created from Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24); Maslach Burnout Inventory (MBI) and Scales of Depression, Anxiety, and Stress-21 (DASS-21).

With this instrument, they conclude with a sample of different teachers of different school levels, that the surveyed who shows significantly higher scores in Emotional Exhaustion, Depersonalization, Depression, Anxiety, also seems to have a higher level of burnout but lower Personal Accomplishment scores. (Martínez-Monteagudoa et al. 2019).

1.6 Depression Anxiety and Stress and Grief

With the aim to show the relation with depression, anxiety, stress and grief, we are going to reference some previous research that have been done in this file.

Boelena, Reijntjesc and Smid in their article Disorders Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertain twitch symptoms of prolonged grief,

123 posttraumatic stress and depression after bereavement, show the relation between
124 these variable, using a sample of 265 participants, with a questionnaire compose
125 by Prolonged grief disorder scale (PGD scale); PTSD symptom scale-self-report
126 version (PSS-SR); Hospital anxiety and depression scale-depression scale (HADS-
127 D); Intolerance of uncertainty scale-12 items version (IUS-12); Penn state worry
128 questionnaire-abbreviated (PSWQ-A); Ruminative response scales (RRS) brooding
129 scale and ten item personality inventory (TIPI) neuroticism scale. Providing as a
130 conclusion that there is a strongly and significantly concurrently associated with
131 grief anxiety and depression [5].

132 As well as Carmassi and colleagues [7] their study title Adult separation anxiety
133 differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related
134 to lifetime mood spectrum symptoms, where they used Inventory of Complicated
135 Grief (ICG); Adult Separation Anxiety Symptom Questionnaire (ASA-27); Work and
136 Social Adjustment Scale (WSAS) and the Mood Spectrum Self-Report (MOODS-
137 SR) to create a questionnaire for 70 people. As one of this study conclusions they
138 prove the relation between depression, anxiety, stress and grief [7].

139 **1.7 Burnout: Depression Anxiety and Stress and Grief**

140 Experiences like Lyckholm's research in clinic professionals who deal with cancer
141 patient death, associate professional grief for patient death and stress with burnout
142 symptomatology. In her study, she collected several patient death experiences and
143 relate them with stress and burnout symptomatology proving their association [18].

144 Considering, the previous researches in this area and the theory already explained
145 we propose the following hypothesis:

146 H1 Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21); The Maslach Burnout
147 Inventory (MBI); Grief Support in Health Care Scale and Disenfranchised Grief
148 Scales could be used in a single questionnaire to describe these phenomena among
149 nurse home workers.

150 To this hypothesis, we propose the objective to verify that the Maslach Burnout
151 Inventory (MBI); Grief Support in Health Care Scale and Disenfranchised Grief
152 Scales, could be used in a single questionnaire to describe theses phenomenon among
153 nurse home workers.

2 Method

2.1 Design and Participants

A cross-sectional methodology was used between December 2019 to March 2020, applying several demographic, occupational and psychological measurement instruments to a sample of nursing home workers in the province of Seville (southwestern Spain). Current research was approved by the Ethics Committee of the Pablo Olavide University (Spain), and by the board of executives of all facilities. The sample for current validation study was obtained from 90 working in two nursing homes located in the province of Seville, composed by 76 female (with a mean age of 34.6 years, $SD = 8.7$) and 14 male (with a mean age of 33.9 years, $SD = 7.4$) nursing staff who ranged in age from 22 to 60. Regarding work characteristics, over half were staff workers (61.1%) and mostly working in private companies (82.2%).

2.2 Procedure

Recruitment of the participants and data collection was conducted in several steps. Firstly, two facilities were randomly selected from the province of Seville (near to the Pablo Olavide University, where the current research was conducted). Secondly, the Director of each facility were contacted by phone or email by the Principal Investigator (PI) who were informed about: (a) about the nature and purpose of the research; (b) that data would be exclusively used for academic proposes; and (c) that participation was totally anonymous and voluntary; and (d) that their decision to participate or not would have no consequences for the facilities or nursing home workers. All nursing homes that were approached agreed to participate. Thirdly, and once approval to proceed was obtained for each facility, facility administrators identified an employee in each facility who would serve as the point of contact (mainly social workers). These points of contact in each facility, contacted directly with the workers and provide detailed information about the study, characteristics, consent forms, thus, workers who were interested in participate in the study were provided with the PI email and also a web address with the link address to the questionnaire.

In the fourth stage, data collection, was conducted using questionnaires online via Google Form, this tool has been proven to be methodologically viable and particularly useful for ensuring satisfactory statistical power by previous studies as a collection tool [14, 15]. At the beginning of the online questionnaire, the purpose of the investigation was found, and information to the participant about the possibility to stop participating in the study at any time. The questionnaire was voluntary and anonymous (without collecting any personal information) in order to guarantee the confidentiality of the participants. In addition, the research complied with the ethical principles for the investigations of the Helsinki statements [29].

2.3 Measurement Instruments

For the validation among nursing workers in Spain, demographic and work variables designed “ad hoc” specifically for the current research and four validated psychological assessment instruments were analysed.

Demographic and work information. Participants completed background information on their age (coded as continuous variable), gender (female or male), position in the nursing home (staff or supervisor), work sector (public administrator or companies), working hours (working full time or working part time) years of nursing home experience (coded as continuous variable), and duration of employment at the present nursing home (coded as continuous variable).

Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21). Adapted by Lovibond and Lovibond [17], DASS-21 is a short form of 42-item self-report measure of Depression, Anxiety, and Stress (DASS) developed by Brown and colleagues [6]. DASS-21 was designed to measure three subscales of emotional distress: symptoms of Depression (e.g., loss of self-esteem/incentives and depressed mood), Anxiety (e.g., fear and anticipation of negative events), and Stress (e.g., persistent state of over arousal and low frustration tolerance) over the past week. Each subscale is composed of 7-item subscales (thus is composed by a total of 21 items) measured using 4-point Likert scales ranging from 0 (“did not apply to me at all”) to 3 (“applied to me very much or most of the time”), and each subscale was score individually (ranging from 0 to 21). In the current research, the Spanish version of DASS-21 validated by Daza and colleagues [9] was used.

Burnout. The Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Maslach and Jackson (1986) was used. The MBI is a self-reported 22-item scale composed by three subscales: nine items measuring emotional exhaustion (extent to which one feels overextended and exhausted by one’s work), five items focus depersonalization (negative attitudes and behaviors toward care recipients) and eight items measuring personal accomplishment (feelings of competence and achievement at work). Each item is measured on a seven-point Likert scale ranging from 1 (“completely disagree”) to 7 (“completely agree”), thus the maximum score of the total burnout scale is 154, reporting a higher score a higher overall level of burnout. This Spanish version of the MBI has been found to have strong psychometric properties [10].

Grief Support in Health Care Scale. Developed by Anderson et al. [2], the Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) is a self-reported 15-item scale composed by three subscales (five items per subscale): (1) recognition of the relationship (defined as “support for grief is predicated on the recognition and authentication of the relationships that exist between healthcare workers and those who are under their care”), (2) acknowledgement of the loss (it is theorized that support for grief is marshaled only when losses are acknowledged), and (3) inclusion of the griever (Facilitating and including healthcare workers in such grief rituals, e.g. remembrance ceremonies, funerals, can be critical elements of support in their grief processes). Each item is measured on a seven-point Likert scale ranging from

1 (“strongly disagree”) to 5 (“strongly agree”). A higher score on the GSHCS indicate higher levels of grief specific support. The Spanish version of GSHCS adapted and validated by Vega et al. [28] was used, reporting strong psychometric properties.

Disenfranchised Grief. In the current research, disenfranchised grief were assessed used the validated version by Anderson and Gaugler [1] among nursing homes in the United States. The Disenfranchised Grief scale is a 15-item self-report questionnaire was designed to determine the presence and strength of factors that may disenfranchise the grief, measured using 5-point Likert scales ranging from 1 (“strongly disagree”) to 5 (“strongly agree”). Reverse scores on items 11 through 14. The Grief Symptoms Scale has been used with a diverse variety of sample and countries, including Spain [22].

2.4 Analysis Plan

The data were statistically analyzed using the SPSS software (version 22.0 for Windows) in three steps: firstly, the mean score (M) and Standar Desviation (SD) were calculated for each scale used (overall and sub scales). Additionally, internal consistency of each scale used (overall and sub scales) was estimated using the Cronbach’s alpha coefficient, as well as the 95% bootstrap percentile confidence interval (ICBP95%) is estimated, for which 1000 re-samples were performed in each estimate [8]. Secondly, Pearson’s correlation was calculated (in order to avoid to analyze multicollinearity between overall scales and subscales) to analyze the correlation between overall scores of the DASS21, the MBI-GS, the GSHCS, and the Disenfranchised Grief scales. Finally, a second Pearson’s correlation was calculated between DASS21 subscales (depression, anxiety and stress), MBI subscales (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment), GSHCS subscales (Recognition of the relationship, Acknowledgement of the loss and Inclusion of the griever). A significant level of $p < .05$ were adapted for all the contrasts.

3 Results

Table 1 shows a summary of the descriptive statistics and the values of the total Cronbach’s alpha coefficient and for each of the 4 scales and subscales. Regarding DASS21, the mean score for the full scale was 13.6 (SD = 10.6), and 3.5 (SD = 4.0), 4.0 (SD = 4.1) and 6.7 (SD = 4.5) for the depression, anxiety and stress subscales, respectively. The Cronbach’s alpha for the overall score was $\alpha = 0.92$, with $\alpha = 0.84$, $\alpha = 0.84$ and $\alpha = 0.86$ for the depression, anxiety and stress subscales, respectively. Exploring descriptive data for burnout scale (MBI), the mean score for the full scale (22 items) was 65.3 (SD = 21.5), ranging from 10.2 (SD = 5.6) in depersonalization subscale to 31.4 (SD = 9.2) to personal accomplishment. The Cronbach’s alpha

Table 1 Descriptives for the scales

Protective factors	Items	<i>M</i>	SD	α	IC α 95%
DASS21-sum	21	13.6	10.6	0.92	0.92–0.94
DASS-depression	7	3.5	4.0	0.85	0.80–0.89
DASS-anxiety	7	4.0	4.1	0.84	0.79–0.88
DASS-stress	7	6.7	4.5	0.86	0.81–0.90
MBI-sum	22	65.3	21.5	0.87	0.83–0.90
MBI-emotional exhaustion	9	19.0	14.3	0.93	0.91–0.95
MBI-depersonalization	5	10.2	5.6	0.72	0.65–0.76
MBI-personal accomplishment	8	31.4	9.2	0.90	0.87–0.93
GSHCS-sum	15	50.1	10.4	0.88	0.84–0.91
GSHCS-Recognition of the relationship	5	20.0	4.2	0.88	0.83–0.91
GSHCS-Acknowledgement of the loss	5	17.0	4.5	0.91	0.87–0.93
GSHCS-Inclusion of the griever	5	13.0	4.7	0.79	0.71–0.85
Disenfranchised grief	15	48.7	8.5	0.71	0.62–0.79

Note SD: Standard Deviation; α the Cronbach's Alpha Coefficient; CI: Confidence Interval

for the MBI scale was 0.87 (full scale), with $\alpha = 0.93$, $\alpha = 0.72$ and $\alpha = 0.90$ for emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Regarding grief symptoms (measured by the GSHCS scale), the full scale shown a mean score of 50.1 (SD = 10.4), and 20.0 (SD = 4.2), 17.0 (SD = 4.5) and 13.0 (SD = 4.7) for recognition of the relationship, acknowledgement of the loss and inclusion of the griever, respectively. The Cronbach's alpha for the GSHCS (full scale) was 0.87 and for the subscales ranged from 0.79 (inclusion of the griever) to 0.91 (acknowledgement of the loss). Finally, the Disenfranchised Grief was characterized by a mean of 48.7 (SD = 8.5), showing strong psychometric properties (Cronbach's alpha $\alpha = 0.71$). Overall, all the scales and subscales used to show strong psychometric properties with high internal consistency, ranging from $\alpha = 0.71$ (Disenfranchised Grief) to $\alpha = 0.93$ (MBI-emotional exhaustion).

Table 2 shows the Pearson correlations obtained in the working nursing homes dimensions between the overall scores of the DASS, the MBI-GS, the GSHCS, and

Table 2 Correlations between scales explored

Variables	1	2	3	4
1. DASS21-sum	1			
2. MBI-sum	0.55*	1		
3. GSHCS-sum	-0.29	-0.36	1	
4. Disenfranchised grief	-0.16	-0.30	0.67*	1

the Disenfranchised Grief scales. As indicated, DASS21 were significantly intercorrelated positively MBI ($r = 0.55$; $p < 0.01$). Regarding grief symptoms, GSHCS presented greater significance with Disenfranchised Grief ($r = 0.55$; $p < 0.01$). It is interesting that there were not any negative or positive statically significant correlation between DASS21 with grief (measured with GSHCS or Disenfranchised Grief) and between MBI with grief (GSHCS or Disenfranchised Grief).

Table 3 presents bivariate Pearson correlations for the study variables, including DASS21 subscales (DASS-depression, DASS-anxiety and DASS-stress), MBI subscales (MBI-emotional exhaustion, MBI-depersonalization and MBI-personal accomplishment), GSHCS subscales (GSHCS-Recognition of the relationship, GSHCS-Acknowledgement of the loss and GSHCS-Inclusion of the griever) and Disenfranchised Grief.

DASS-depression was positively and moderately correlated with DASS-anxiety and DASS-stress ($r = 0.59$; $p < 0.01$ and $r = 0.69$; $p < 0.01$, respectively), with each of the three MBI subscales, as MBI-emotional exhaustion ($r = 0.77$; $p < 0.01$), MBI-depersonalization ($r = 0.34$; $p < 0.01$) negative associated with MBI-personal accomplishment ($r = -0.30$; $p < 0.01$) and with Disenfranchised Grief ($r = 0.25$; $p < 0.05$). DASS-anxiety showed positive correlations with DASS-stress ($r = 0.74$, $p < 0.01$) and with MBI-emotional exhaustion ($r = 0.40$; $p < 0.01$) and negative correlations with MBI-personal accomplishment ($r = -0.29$, $p < 0.001$). DASS-stress showed positive correlations with two measures of burnout, specifically MBI-emotional exhaustion ($r = 0.54$; $p < 0.01$) and MBI-personal accomplishment ($r = 0.33$, $p < 0.001$) and with GSHCS-Acknowledgement of the loss ($r = 0.24$; $p < 0.05$).

Regarding MBI subscales, MBI-emotional exhaustion was positive associated with MBI-depersonalization ($r = 0.54$; $p < 0.01$), GSHCS-Recognition of the relationship ($r = 0.24$; $p < 0.05$) and negative with associated with GSHCS-Inclusion of the griever ($r = -0.37$, $p < 0.01$) and Disenfranchised Grief ($r = -0.33$, $p < 0.05$). MBI-depersonalization was exclusively positive associated with MBI-personal accomplishment ($r = 0.39$, $p < 0.01$). MBI-personal accomplishment was positively associated with GSHCS-Recognition of the relationship ($r = 0.34$; $p < 0.01$) and Disenfranchised Grief ($r = 0.40$; $p < 0.01$). Finally, the subscales of GSHCS were positively intercorrelated, showing the strongest correlations between GSHCS-recognition of the relationship with GSHCS-Acknowledgement of the loss ($r = 0.55$, $p < 0.01$) and between GSHCS-Inclusion of the griever with Disenfranchised Grief ($r = 0.58$; $p < 0.01$).

4 Discussion and Conclusion

To our knowledge, this is the questionnaire to be designed for nursing home workers which associate these variables in Spain and one of the few exceptions worldwide [18]. As all the scales used in this research (DASS-21; MBI; GSHCS and DG) have a Cronbach's alpha coefficient superior than 0.70 we can affirm they have a high reliability.

Table 3 Correlations between subscales explored

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. DASS-depression	1									
2. DASS-anxiety	0.59**	1								
3. DASS-stress	0.69**	0.74**	1							
4. MBI-emotional exhaustion	0.77**	0.40**	0.54**	1						
5. MBI-depersonalization	0.34**	0.55	0.12	0.54**	1					
6. MBI-personal accomplishment	-0.30**	-0.29*	0.33**	0.05	0.35**	1				
7. GSHCS-Recognition of the relationship	-0.11	0.16	-0.05	0.24*	0.08	0.34**	1			
8. GSHCS-Acknowledgement of the loss	0.08	0.16	0.24*	0.09	0.03	0.16	0.53**	1		
9. GSHCS-Inclusion of the griever	-0.26*	0.30	0.02	-0.37**	0.20	0.17	0.42**	0.34**	1	
10. Disenfranchised grief	0.25*	-0.03	-0.10	-0.33*	-0.11	0.40**	0.55**	0.45**	0.58**	1

In which concern to our hypothesis and our objective: verify that the Maslach Burnout Inventory (MBI); Grief Support in Health Care Scale and Disenfranchised Grief Scales, could be used in a single questionnaire to describe these phenomenon in nurse home workers. We can affirm that our hypothesis has been confirmed and our objective fulfilled.

In concordance with previous studies ([16]; Martínez-Monteagudo et al. 2019). We have found an association between MBI and DASS 21 as well as between GSHCS and DGS, however we have not found previous studies to associate these two scales are very innovative instruments.

Moreover, we have also found association between the subscale of DASS 21, DASS-depression with the DGS scale and the subscale of GSHCS, Inclusion of the griever. And the subscale DASS 21, DASS-stress with the GSHC subscales GSHC-Recognition of the relationship and GSHCS-Acknowledgement of the loss. Which in concordance with other researches probe the association between stress and Grief [5, 7].

An association between MBI subscales and GSHCS or DG has also been found, in concordance with other authors (Aderson and Even 2011; [3]). MBI-emotional exhaustion is associated with GSHCS-Recognition of the relationship, GSHCS-Inclusion of the griever and Disenfranchised Grief. And MBI-personal accomplishment is associated with GSHCS-Recognition of the relationship and Disenfranchised Grief.

For this reason, as a final conclusion we can verify that the Maslach Burnout Inventory (MBI); Grief Support in Health Care Scale and Disenfranchised Grief Scales, could be used in a single questionnaire to describe these phenomenon in nurse home workers.

References

1. Anderson KA, Gaugler JE (2007) The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA J Death Dying* 54(4):301–318
2. Anderson KA, Ewen HH, Miles EA (2010) The grief support in healthcare scale: development and testing. *Nurs Res* 59(6):372–379
3. Adwan J (2014) Pediatric nurses' grief experience, burnout and job satisfaction. *J Pediatr Nurs* 29(1):329–336
4. Bonanno GA, Boerner K (2007) "The stage theory of grief": comment. *J Am Med Assoc* 297(1):2693–2693
5. Boelen P, Reijntjes A, Smid G (2016) Disorders Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *J Anxiety Disord* 41(1):65–72
6. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH (1997) Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther* 35(1):79–89
7. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Pergentini I, Cremone IM, Conversano C, Perugi G, Shear MK, Dell'Osso L (2015) Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Compr Psychiatry* 58(1):45–49

- 369 8. Davison AC, Hinkley DV (1997) Bootstrap methods and their application. In: Cambridge series
370 in statistical and probabilistic mathematics
- 371 9. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P (2002) The depression anxiety stress scale-21:
372 Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess*
373 24(1):195–205
- 374 10. De las Cuevas C (1994) El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución
375 del síndrome de burnout. Laboratorios Servier, Madrid
- 376 11. Doka KJ (2002) Disenfranchised grief: new directions, challenges, and strategies for practice.
377 Research Press, Champaign, IL. ISBN 978-0-87822-427-2
- 378 12. Freudenberg HJ (1974) Staff burn-out. *J Sociol* 30(1):159–165
- 379 13. Freudenberg HJ (1975) The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother*
380 *Theor Res Prac* 12(1):73–82
- 381 14. Gosling SD, Vazire S, Srivastava S, John OP (2004) Should we trust web-based studies?
382 A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *Am Psychol*
383 59(2):93–104
- 384 15. Horton JJ, Rand DG, Zeckhauser RJ (2011) The online laboratory: conducting experiments in
385 a real labour market. *Exp Econ* 14(3):399–425
- 386 16. Hunter B, Fenwick J, Sidebotham M, Henley J (2019) Midwives in the United Kingdom: levels
387 of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery* 79(1):1–12
- 388 17. Lovibond P, Lovibond S (1995) Manual for the depression, anxiety, stress scales. Psychology
389 Foundation of Australia, Sydney, NSW
- 390 18. Lyckholm L (2001) Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet*
391 *Oncol* 2(12):750–755
- 392 19. Maslach C, Jackson SE (1981) The maslach burnout inventory. Consulting Psychologist Press,
393 Palo Alto, CA
- 394 20. Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. Maslach C. Burnout:
395 A multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds) Professional
396 burnout: recent developments in theory and research 1993. Taylor and Francis, Washington
397 DC, pp 19–32
- 398 21. Murthy RS, Haden A, Campanini B (eds) (2001) Mental health: new understanding, new hope.
399 World health report. ISBN 92 4 156201 3
- 400 22. Pascual ÁM, Santamaría JL (2009) Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista*
401 *Española de Geriatria y Gerontología* 44(1):48–54
- 402 23. Rao S, Ramesh N (2015) Depression, anxiety and stress levels in industrial workers: A pilot
403 study in bangalore, india. *Ind Psychiatry J* 24(1):23–28
- 404 24. Silver RC, Wortman CB (2007) The stage theory of grief. *J Am Med Assoc* 297(24):2692–2694
- 405 25. Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Boemer K (2017) Grief is not a disease but bereavement merits
406 medical awareness. *The Lancet* 389(1):347–349
- 407 26. Moss SZ, Moss MS (2002) Nursing home staff reactions to resident deaths. In: Doka KJ (ed)
408 Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice. Research Press,
409 Champaign, IL, pp 197–216
- 410 27. Silva DW (2000) A grief recovery for gay men. Infinity Publishing, West Conshohocken, PA
- 411 28. Vega P, Melo J, González R (2015) Validación de escala de apoyo en duelo en atención de
412 salud para población hispanoparlante. *Psicooncología* 12(2–3):355–366
- 413 29. Organización Medica Mundial (2008) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica
414 Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Colegios
415 Oficiales de Médicos, Madrid
- 416 30. Whipple V (2005) Lesbian widows: invisible grief. New York, NY. *J LGBT Issues Couns*
417 7(1):87–116
- 418 31. WHO Statistics, India, World Health Organisation, 2010, Geneva. [online 10-04-2020].
419 Available online at <http://www.who.int/countries/ind/en/>

Author Queries

Chapter 16

Query Refs.	Details Required	Author's response
AQ1	References Leiter and Maslach (2009), Maslach (1993), Aderson and Even (2011), Martínez-Monteagudoa et al. (2019), Maslach and Jackson (1986) are cited in the text but not provided in the reference list. Please provide the respective references in the list or delete these citations.	
AQ2	Please provide a definition for the significance of [asterisk] in Tables 2 and 3.	

MARKED PROOF

Please correct and return this set

Please use the proof correction marks shown below for all alterations and corrections. If you wish to return your proof by fax you should ensure that all amendments are written clearly in dark ink and are made well within the page margins.

<i>Instruction to printer</i>	<i>Textual mark</i>	<i>Marginal mark</i>
Leave unchanged	... under matter to remain	①
Insert in text the matter indicated in the margin	⏞	New matter followed by ⏞ or ⏞Ⓢ
Delete	/ through single character, rule or underline or ⏞ through all characters to be deleted	⏞ or ⏞Ⓢ
Substitute character or substitute part of one or more word(s)	/ through letter or ⏞ through characters	new character / or new characters /
Change to italics	— under matter to be changed	↵
Change to capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to small capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to bold type	~ under matter to be changed	~
Change to bold italic	≈ under matter to be changed	≈
Change to lower case	Encircle matter to be changed	⊖
Change italic to upright type	(As above)	⏞
Change bold to non-bold type	(As above)	⏞
Insert 'superior' character	/ through character or ⏞ where required	Y or Y under character e.g. Y or Y
Insert 'inferior' character	(As above)	⏞ over character e.g. ⏞
Insert full stop	(As above)	Ⓢ
Insert comma	(As above)	,
Insert single quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert double quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert hyphen	(As above)	⏞
Start new paragraph	⏞	⏞
No new paragraph	⏞	⏞
Transpose	⏞	⏞
Close up	linking ⏞ characters	⏞
Insert or substitute space between characters or words	/ through character or ⏞ where required	Y
Reduce space between characters or words	 between characters or words affected	↑

CAPITULO 4.

**The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home
workers in Spain**

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

4. The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain. Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Características de la publicación

Tipo de publicación: Capítulo de libro

Título del capítulo: The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain

Print ISBN: 1. 978-3-030-69093-9

Título del libro: “Decisions and Trends in Social Systems”

Número de autores: 4

Posición que ocupa el solicitante: 1

Autor principal: Ana Vallejo Andrada

Co-autores: José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, Evaristo Barrera Algarín y Francisco Caravaca Sánchez

País de Publicación: Suiza

Año de publicación: 2021

Print ISBN: 978-3-030-69093-9

Indicios de calidad

Editorial: Springer Nature

Base de datos de indexación: Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI)

Año: 2018

Factor ICEE: 670.000

Posición que ocupa: 4 de 96

Categoría: General

Springer Verlag, P.O. Box 10 52 80, 69042 Heidelberg, Germany

Ana Vallejo Andrada
Pablo de Olavide University
Utrera Road 1
41013, Seville
Spain

Springer Verlag GmbH
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg, Germany
P.O. Box 10 52 80
69042 Heidelberg, Germany
T +49 6221 487 0
F +49 6221 487 8366
www.springer.com

Holger Schäpe
Engineering Editorial
T +49 6221 487-8228
F +49 6221 487-68228
Holger.schaepe@springer.com

March 24, 2021

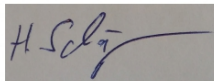
Certificate for Ana Vallejo Andrada

To whom it may concern,

I hereby certify that Ana Vallejo Andrada served as chapter author for chapter "The Mourning Influence in the Burnout Syndrome Among Nursing Home Workers in Spain."

This chapter will be published in our book "Decisions and Trends in Social Systems" (Print ISBN: 978-3-030-69093-9 and Online ISBN: 978-3-030-69094-6), Springer International Publishing, which will be part of our series "Lecture Notes in Networks and Systems" with volume number 189.

Sincerely,



Holger Schäpe
Engineering Editorial

Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Decisions and Trends in Social Systems	
Series Title		
Chapter Title	The Mourning Influence in the Burnout Syndrome Among Nursing Home Workers in Spain	
Copyright Year	2021	
Copyright HolderName	The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG	
Corresponding Author	Family Name	Andrada
	Particle	
	Given Name	Ana Vallejo
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Pablo de Olavide University
	Address	Utrera Road 1, 41013, Seville, Spain
	Email	avaland@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0002-2776-8859
Author	Family Name	Sánchez-Serrano
	Particle	
	Given Name	José Luis Sarasola
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	
	Organization	Jaen University
	Address	Campus Las Lagunillas S/N, 23071, Jaén, Spain
	Email	jlsarsan@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0002-9327-0370
Author	Family Name	Algarín
	Particle	
	Given Name	Evaristo Barrera
	Prefix	
	Suffix	
	Role	
	Division	Department of Social Work and Social Services
	Organization	Pablo de Olavide University
	Address	Seville, Spain
	Email	ebaralg@upo.es
	ORCID	http://orcid.org/0000-0001-8201-9423
Author	Family Name	Sánchez
	Particle	

Given Name	Francisco Caravaca
Prefix	
Suffix	
Role	
Division	Department of Psychology, Social Work and Social Services Area
Organization	Jaén University
Address	Jaén, Spain
Email	caravaca@ujaen.es
ORCID	http://orcid.org/0000-0002-1209-2657

Abstract	Nowadays there is a wide amount of mourning and grief studies and definitions, most of them related to death and focused in family and friends of the deceased. However just a few authors have researched and define the mourning process the professionals (nurses, social workers, psychologist, ...) who has worked directly with the deceased, have to get throw. That kind of mourning has been calling disenfranchised grief. With the aim to study that phenomenon, we have explored the burnout symptom and disenfranchised grief among 90 nursing home workers in Spain, using a questionnaire composed by The Maslach Burnout Inventory; Grief Support in Health Care Scale; Disenfranchised Grief making an univariate, bivariate, and multivariate data analyses were conducted using SPSS statistical software version 22. Having as a result the association between these three scales and some demographic variables.
Keywords (separated by '-')	Nursing homes - Grief - Burnout - Disenfranchised grief - Elderly - Spain

The Mourning Influence in the Burnout Syndrome Among Nursing Home Workers in Spain



Ana Vallejo Andrada , José Luis Sarasola Sánchez-Serrano ,
Evaristo Barrera Algarín , and Francisco Caravaca Sánchez

Abstract Nowadays they are a weight amount of mourning and grief studies and definitions, most of them related to death and focused in family and friends of the deceased. However just a few authors have research and define the mourning process the professionals (nurses, social workers, psychologist, ...) who has worked directly with the deceased, have to get throw. That kind of mourning has been calling disenfranchised grief. With the aim to study that phenomenon, we have explored the burnout symptom and disenfranchised grief among 90 nursing home workers in Spain, using a questionnaire composed by The Maslach Burnout Inventory; Grief Support in Health Care Scale; Disenfranchised Grief making an univariate, bivariate, and multivariate data analyses were conducted using SPSS statistical software version 22. Having as a result the association between these three scales and some demographic variables.

Keywords Nursing homes · Grief · Burnout · Disenfranchised grief · Elderly · Spain

A. V. Andrada (✉)
Pablo de Olavide University, Utrera Road 1, 41013 Seville, Spain
e-mail: avaland@upo.es

J. L. S. Sánchez-Serrano
Jaen University, Campus Las Lagunillas S/N, 23071 Jaén, Spain
e-mail: jlsarsan@upo.es

E. B. Algarín
Department of Social Work and Social Services, Pablo de Olavide University, Seville, Spain
e-mail: ebaralg@upo.es

F. C. Sánchez
Department of Psychology, Social Work and Social Services Area, Jaén University, Jaén, Spain
e-mail: caravaca@ujaen.es

© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG 2021
D. Soitu et al. (eds.), *Decisions and Trends in Social Systems*,
Lecture Notes in Networks and Systems 189,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-69094-6_21

1

1 Introduction

Because of the acceleration of the average life expectancy and related growth of the elder population, addressing long-term care (LTC) needs has become an increasingly vital issue. Yet, the current LTC workforce faces major barriers in meeting these needs, including insufficient training and support mechanisms for staff, [15] high levels of burnout, [5] and high turnover rates in particular among direct care staff who provide the bulk of hands-on care [9].

Who work directly with residents in long-term care homes, death, dying, and grief are usual experiences in their day-to-day working life [22].

Palliative/end-of-life care literature identifies that specialized training, skills, and education requirements are needed for the delivery of palliative care [6]. Support for grief, loss, and bereavement is acknowledged to be an important component of holistic palliative care.

Among this chapter we are going to link the burnout symptomatology and its relation with grief, especially with the most common type of grief among workers, which is disenfranchised grief.

With the aim of the better understanding of these two topics, we are going to start describing both problematic (burnout and disenfranchised grief) and showing previous researchers finding in the nursing homes areas related with them.

1.1 Burnout

The World Health Organisation (WHO) declared burnout as a “occupational phenomenon” in International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11), stating that burnout is a syndrome resulting from “chronic workspace stress that has not been successfully managed” [26]. This recent declaration recognized burnout as a serious health issue, and WHO is planning to develop “evidence based” guidelines for mental well-being in workplace.

Theoretically, Burnout depends on individual susceptibility and on the environment in which the professional is inserted, including the daily workplace and the society to which the individual belongs [23].

As the numbers of elderly people requiring nursing or residential care increase the wellbeing of nurses and care workers employed in this setting grows in importance. Nursing is inevitably a demanding and stressful job in a complex organizational setting, and it has been widely regarded as one of the most stressful occupations, associated with high levels of staff turnover, absenteeism and levels of burnout [7].

Nursing home RNs report higher rates of burnout and job dissatisfaction than employed in any other setting, including hospitals, and are often unable to complete necessary care due to insufficient time and resources [25].

Burnout and job dissatisfaction are both key drivers of staff turnover a significant problem in nursing homes that has been consistently linked to worse care quality [11].

Factors that contribute to burnout among human-service workers in nurse homes has been conceptualized according to several theoretical models, we have decided to use the Maslach Burnout Inventory (MBI) developed by Maslach and Jackson [13].

This scale has been previously used by Martinez et al. (2015) in The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire, where the researchers prove correlations between perceptions of person-centred care delivery frequency and burnout.

By Shinan-Altman et al. [20] in the connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation where the researchers measure the staff perception of AD and associations with burnout.

And by Kubicek and Korunka [10], in Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout? Where the writers approach Role of emotion rule dissonance in burnout. Between others.

1.2 Disenfranchised Grief

Most grief researchers and therapists indicate that most griever have adequate internal resources and social support to readjust to life after a loved one's death without needing significant intervention [27].

However, there are factors that can complicate grief in a minority of individuals and lead to poorer outcomes. For instances, studies suggest that caregivers who are caring under both difficult and rewarding circumstances are at greater risk for complicated grief [19].

About the grief experiences of professional caregivers in long term care settings. Previous studies of this population that have used qualitative methods to explore staff responses to patients' deaths suggest that staff may experience symptoms of grief [8, 14].

Rickerson and colleagues [16] in their research surveyed 203 care-workers including five sections. First, staff provided demographic information about themselves and described their past healthcare work experience. Next, staff estimated how many of their patients had died in the past month, and then identified (from a checklist) the symptoms that they experienced as a result of those deaths [16].

Having as a conclusion that staff responded to the deaths of patients in very different ways and described a wide variety of grief-related symptoms. Some staff reported experiencing several symptoms, others reported few or none. Experience does not appear to "protect" staff from the experience of grief. On the contrary, there may be a cumulative component of staff grief that has not been previously examined in these settings [16].

Largely, the topic of death has been muted and grief experienced by front-line staff has been recognized as one form of "disenfranchised grief." Considering the lack of attention to how patient death affects direct care staff, an important question is how well staff members can be prepared to deal with death and related grief [9].

Following this new perspective, we have researchers like Anderson and Gaugler one, title the grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. Whereas they have focused their study in nursing assistants and ours compile all the working categories in nursing homes, we can define this study like an important antecedent to ours, as the disenfranchised grief variable is proved in health care workers.

For their study, Anderson and Gaugler, created a questionnaire composed by: The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R); General Self-Efficacy Scale (GSE); Scale of Perceived Social Support (MSPSS); The 12-item Personal Growth (PG) subscale from the Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC); The 19-item Inventory of Complicated Grief (ICG) and Disenfranchised Grief Scale (DGS) [1].

With a sample of 136 nursing assistants, the get the following conclusion: Disenfranchised grief was found to be a strong and significant predictor of personal growth, participants who experienced higher levels of disenfranchised grief and who worked in urban facilities reported lower levels of personal growth in relation to the deaths of nursing home residents in their care. These findings partially support that higher levels of disenfranchised grief would be associated with less personal growth [1].

1.3 Grief and Burnout Previous Association Experiences

Whereas the association between disenfranchised grief and burnout, is something quite new, there are several researchers that prove the association between grief and burnout in the nursing home context, an example of it is the Boerner, Gleason and Jopp research [3]. Factors, Texas Revised Inventory of Grief and Burnout and Maslach Burnout Inventory, for a sample of 143 nursing home workers, of which they get among others the conclusion of: The new insight that grief avoidance relative to grief symptoms was more influential in predicting depersonalization. It suggests that those who made efforts to avoid their grief may have been more likely to report instances of depersonalization [3].

The strong focus on controlling emotions as a way of dealing with staff reactions to patient death may deserve some further reflection as it could come with a cost in terms of the staff members' ability to care for and about patients, which is not desirable in the long time care context [3].

Based in previous literature, our current research is aimed to explore the association between grief and burnout among nursing home workers in Spain.

2 Method

2.1 Participants and Procedure

Ninety nursing home workers from the province of Seville were contacted by mail for the current research between December 2019 to March 2020. Self-report questionnaires were distributed by mail to the nursing home workers that voluntarily agreed to participate through Google Form. Prior to complete the questionnaires, participants received information with each questionnaire that introduced the research team, the structure of the questionnaire, the aims of the study and guaranteed participant anonymity and voluntarily. Participants did not receive any benefit from participation. The study was approved by the Ethics Committee of the Pablo Olavide University (Spain), and by the board of executives of two facilities randomly selected from the province of Seville where the research were conducted. The final sample was composed by 90 nursing home workers being mostly women (84.4%), additional information about demographic and work characteristics are shown in Table 2.

2.2 Measures

The questionnaire was order as follows: demographic and work variables, Burnout and grief variables. It took participants approximately 10–20 min to complete the questionnaire. Completed questionnaires were returned directly to research staff via Google Form.

A demographic and work data questionnaire was used. It included workers' demographic variables such as age (coded as a continuous variable) and gender (coded as 0 = male and 1 = female), years of nursing home experience (coded as continuous variable), and duration of employment at the present nursing home (coded as continuous variable), position staff (as 0 = staff, 1 = social worker and 2 = supervisor), current working sector (0 = private company and 1 = public administration) and working hours (0 = working full time and 1 = working part time).

Burnout was assessed with the Maslach Burnout Inventory–Human Service Survey (MBI–HSS) [13], using the Spanish version developed by De las Cuevas [4]. The MBI is a twenty-two items scale including three dimensions: (1) Emotional Exhaustion (EE; composed by nine items), Depersonalization (DP; composed by five items) and Personal Accomplishment (PA; composed by eight items). Using a seven-point Likert scale ranging from 1 (“completely disagree”) to 7 (“completely agree”) participants were asked to rate how often they felt the feelings described for each item. For the current research, the cut-off points proposed by Seisdedos [18] in order to classified severity of burnout of each of the dimensions (Table 1).

Variables on grief were measured using two scales. First, the fifteen-item version of Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) [2] were used adapted and validate to Spanish by Vega and colleagues [21]. It consists in an instrument divided into three

Table 1 Cut-off points for MBI dimensions

Dimensions	Low	Moderate	High
EE	<14	15–24	>25
DP	<3	4–9	>10
PA	<32	33–39	>40

five-item subscales: (1) recognition of the relationship, (2) acknowledgement of the loss and (3) inclusion of the griever. Using a seven-point Likert scale ranging from 1 (“strongly disagree”) to 5 (“strongly agree”), a higher score on the GSHCS indicate higher levels of grief specific support. Secondly, Disenfranchised Grief was measured using the instrument developed by Anderson and Gaugler [1]. The Disenfranchised Grief instrument is composed by fifteen items answered each item by a 5-point Likert scales ranging from 1 (“strongly disagree”) to 5 (“strongly agree”). The Grief Symptoms Scale was designed to determine the presence and strength of factors that may disenfranchise the grief.

2.3 Data Analysis

Univariate, bivariate, and multivariate data analyses were conducted using SPSS statistical software version 22 with a minimum significant level set at 95% ($p \leq 0.05$). Data analysis were conducted in X stages: First, descriptive statistics were computed across the study sample to understand demographic and work variables. Second, mean scores (M) and Standard Deviation (SD) of each of the MBI dimensions were calculated for the current sample and compared with the normative sample enrolled in the validation conducted by Seisdedos [18]. Third, according to Seisdedos [18] cut-off points proposed by Seisdedos [18] MBI dimensions (EE, DP and PA) were calculated for each dimension (low, moderate and high) according to severity. Next, mean scores (M), Confidence Interval to 95% (95% CI) and Standard Deviation (SD) were calculated for the two scales measuring grief: (1) GSHCS and (2) Disenfranchised Grief. Three models were calculated using hierarchical linear regression using MBI subscales as a reference to explore demographic, work and grief variables association.

3 Results

Table 2 shows participant demographic and work characteristics. Participants’ mean age was 34.4 years ($SD = 8.5$), relatively experienced in nursing home work ($M = 7.8$; $SD = 6.7$ years) and with a mean of 4.6 years ($SD = 4.3$) working in current position. Of the sample, most participants were women (84.4%; CI 95%: 76.7–91.1).

Table 2 Participants characteristics ($N = 90$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age	34.4	8.5
Years worked in nursing homes	7.8	6.7
Years in current position	4.6	4.3
Gender	%	95% CI
Female	84.4	76.7–91.1
Male	15.6	8.9–23.3
Position		
Staff	61.1	51.1–72.2
Social worker	27.8	18.9–37.8
Supervisor	11.1	5.6–17.8
Work sector		
Companies	82.2	74.4–90.0
Public administration	17.8	10.0–25.6
Working hours		
Working full-time	68.9	58.9–77.8
Working part-time	31.1	22.2–41.1

Note SD: standard deviation; CI: confidence interval

Regarding job characteristics, approximately two out three (61.1%; CI 95%: 51.1–72.2) were staff workers and four out five (82.2%; CI 95%: 74.4–90.0) were working in private companies. Moreover, 68.9% (CI 95%: 58.9–77.8) were working full-time versus 31.1% (CI 95%: 22.2–41.1) of working part-time.

In terms of MBI dimensions scores, differences between current sample ($N = 90$) and normative sample from the Spanish validation conducted by Seisdedos [18] are shown in Table 3. Overall, the average scores for the EE dimension ($M = 19.0$; $SD = 10.2$ and $M = 20.3$; $SD = 11.3$) were higher among current sample compared with the normative sample. However, there is a difference as regards the EE and DP dimension, showing current sample a higher average score of DP ($M = 10.2$; $SD =$

Table 3 Comparison of burnout scores of current sample with scores for the normative sample

Group	MBI subscales		
Current sample ($N = 90$)	EE	DP	PA
Mean	19.0	10.2	31.4
Standard deviation	14.3	5.6	9.2
Spanish norms for MBI ($N = 1138$)	EE	DP	PA
Mean	20.3	7.6	35.7
Standard deviation	11.3	5.0	8.0

Note EE: Emotional Exhaustion; DP: Depersonalisation; PA: Personal Accomplishment

Table 4 Incidence of low, moderate and high levels of burnout for current sample ($N = 90$)

	MBI subscales						Burnout ^a	
	Low		Moderate		High			
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI		
EE	47.8	37.8–57.8	22.2	13.3–31.1	30.0	21.1–40.0		
DP	12.2	6.7–18.9	37.8	28.9–47.8	50.0	38.9–60.0		
PA	40.0	30.6–49.8	38.9	28.4–48.6	21.1	13.3–29.1		
Burnout							17.8	10.0–24.6

Note EE: Emotional Exhaustion; DP: Depersonalisation; PA: Personal Accomplishment. CI: confidence interval^a Burnout is categorized as high EE and DP and low PA; EE-high: ≥ 25 , moderate: 24–15, low: ≤ 14 ; DP-high: ≥ 10 , moderate: 9–4, low ≤ 3 ; PA-high: ≥ 40 , moderate: 39–33, low: ≤ 32

5.6 and $M = 7.6$; $SD = 5.0$) and a lower average score in the dimension of PA ($M = 31.4$; $SD = 9.2$ and $M = 35.7$; $SD = 8.0$) than the normative sample. Results from the severity of MBI dimensions according to cut-off points proposed by Seisdedos [18] are reported in Table 4. Almost one out three (30.0%) reported high EE levels, half of the sample (50.0%) showed high DP attitudes and 40.0% of participants reported feeling so low for PA. As shown Table 4, almost one out five of the sample (17.8%) reported burnout, characterized by high EE and DP and low PA.

As regards grief subscales, the average scores for current sample are display in Table 5. The average score for GSHCS subscales were: recognition of the relationship ($M = 20.1$; CI 95%: 18.8–20.7), acknowledgement of the loss ($M = 17.0$; CI 95%: 15.9–17.8) and inclusion of the griever ($M = 13.0$; CI 95%: 11.9–13.9). Regarding disenfranchised Grief, the average score were 48.7 (CI95%: 46.8–50.3).

As may be observed in Table 6, three models were conducted for explore association between MBI dimensions: EE (Model I), DP (Model II) and PA (Model III) with the demographic, working and grief subscales variables. In Model I, significant associations were found between EE and the following variables: years working in nursing homes ($p = 0.046$), working part time ($p = 0.041$), acknowledgement of the loss ($p = 0.015$) and inclusion of the griever ($p = 0.023$). Exploring association between DP and the variables explored (Model II), exclusively inclusion of the griever ($p = 0.014$) were statically associated. Model III shown that grief subscales,

Table 5 Descriptive statistics for Grief subscales for current sample ($N = 90$)

	Grief subscales		
	<i>M</i>	95% CI	SD
Recognition of the relationship	20.0	18.8–20.7	4.2
Acknowledgement of the loss	17.0	15.9–17.8	4.5
Inclusion of the griever	13.0	11.9–13.9	4.7
Disenfranchised Grief	48.7	46.8–50.3	8.5

Note CI: confidence interval; SD: standard deviation

Table 6 Hierarchical linear regression models for MBI subscales

	MBI subscales										Burnout (Model III)			
	EE (Model I)					DP (Model II)					PA (Model III)			
	B	SE	p	B	SE	B	SE	p	B	SE	B	SE	p	p
<i>Demographic and work variables</i>														
Age	-0.005	0.225	0.983	0.021	0.094	0.821	0.086	0.172	0.618	0.066	0.005	0.066	0.295	
Years worked in nursing homes	0.728	0.359	0.046	0.054	0.150	0.719	-0.259	0.274	0.348	0.009	0.016	0.009	0.079	
Years in current position	-0.354	0.431	0.413	0.055	0.180	0.761	0.175	0.330	0.597	0.012	-0.006	0.012	0.611	
Male ^a	-0.230	4.272	0.957	0.624	1.788	0.728	-2.346	3.268	0.475	0.009	0.114	0.060	0.938	
Social Worker ^b	-4.194	2.333	0.076	-1.443	0.976	0.143	-0.914	1.784	0.610	0.060	-0.101	0.060	0.099	
Companies ^d	-1.962	4.235	0.644	0.701	1.772	0.693	1.523	3.239	0.640	0.111	-0.024	0.111	0.832	
Working part-time ^e	6.575	3.022	0.041	0.453	1.464	0.758	-4.265	2.676	0.115	0.050	-0.006	0.050	0.910	
<i>Grief variables</i>														
Recognition of the relationship	-0.538	0.396	0.178	-0.064	0.172	0.709	0.673	0.284	0.020	0.011	-0.028	0.011	0.013	
Acknowledgement of the loss	0.875	0.353	0.015	0.180	0.153	0.244	-0.298	0.253	0.242	0.010	0.021	0.010	0.038	
Inclusion of the griever	-0.828	0.358	0.023	0.454	0.112	0.014	-0.237	0.256	0.359	0.010	-0.002	0.010	0.813	
Disenfranchised grief	-0.347	0.220	0.118	-0.024	0.095	0.800	0.454	0.157	0.005	0.006	-0.008	0.006	0.184	

Note EE: Emotional Exhaustion; DP: Depersonalisation; PA: Personal Accomplishment. SE: Standard Error

Bold is for variables with p-value of <0.05

specifically recognition of the relationship ($p = 0.020$) and disenfranchised grief ($p = 0.005$) were statically associated with lower levels of PA. Finally, Model IV explore the demographic, work and grief variables associated to burnout (categorized as high EE and DP and low PA), none of the demographic and work variables were statically associated, in terms of grief, burnout were associated with recognition of the relationship ($p = 0.013$) and acknowledgement of the loss ($p = 0.038$).

4 Discussion and Conclusion

Current research provided important insights into the nursing homes perspective, as it associate the burnout and the disenfranchised grief in an innovative way, as to our knowledge this is one of the first study which combine Maslach Burnout Inventory–Human Service Survey (MBI–HSS) [13], Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) [2] and Disenfranchised Grief [1] among nurse home workers in Spain.

In which concern to our objective: to explore the association between grief and burnout among nursing home workers in Spain, we can affirm that it has been fulfil.

In concordance with previous researches [7, 25], the level of burnout of our sample are considerably high 17.8%, being Emotional Exhaustion and Depersonalisation the most remarkable subscales of the MIB. In relation with Disenfranchised Grief and GSHCS scales, as other authors affirm [1], the Disenfranchised Grief of our sample has a media of 48.7 which can be considerer a representative number of workers, and in relation with the GSHCS the subscale with a high media is recognition of the relationship, being this las date extremely related with Boerner, Burack, Jopp and Mock, conclusions [3].

About Disenfranchised Grief Scale, GSHCS and MBI, as other authors have already done, [3] we can confirm there is an association between them. Despite the MBI scale just have a direct association with the GSHCS variables: Recognition of the relationship and Acknowledgement of the loss. There are also associations in MBI variable Emotional Exhaustion and GSHCS variables: Acknowledgement of the loss and Inclusion of the griever; MBI variable: Depersonalisation and GSHCS variable: Inclusion of the griever; MBI variable: Personal Accomplishment and GSHCS variables: Recognition of the relationship and the Disenfranchised Grief Scale.

Regarding the demographic variables, as well as other author researches [20], there is an association between years worker in nursing homes and Emotional Exhaustion variable of the MBI scale. Whereas we have also found an association between working part time in nursing home and this variable which not appear in the previous mentioned study.

Following this data, we can conclude that there is an association between the three scales, as each MBI scale it is as least associated with one GSHCS scale or with the Disenfranchised Grief Scale. Which means that Disenfranchised Grief among Nurse home workers have a direct effect in their levels of Burnout, and their levels of Burnout in their Disenfranchised Grief levels.

That conclusion may change the Burnout and Grief perspective among Nurse Home Workers, and it could help to visibly the importance of giving correct grief strategies to workers or adapt grief protocols in nursery homes including the staff grief in other to improve to prevent burnout and as a consequence of it improve productivity and quality of service for the residents.

References

1. Anderson KA, Gaugler JE (2007) The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA J Death Dying* 54(4):301–318
2. Anderson KA, Ewen HH, Miles EA (2010) The grief support in healthcare scale: development and testing. *Nurs Res* 59(6):372–379
3. Boemer K, Gleason, Jopp D (2017) Burnout after patient death: challenges for direct care workers. *J Pain Symptom Manag* 54(3):317–325
4. De las Cuevas C (1994) El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Laboratorios Servi, Madrid
5. Dill JS, Cagle J (2010) Caregiving in a patient's place of residence: turnover of direct care workers in home care and hospice agencies. *J Aging Health* 22(1):713–733
6. Froggatt KA (2001) Palliative care in nursing homes: where next? *Palliat Med* 15(1):42–48
7. Jamal M, Baba VV (1992) Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: a study of nurses. *J Organ Behav* 13(5):449–4664
8. Katz J, Sidell M, Komaromy C (2000) Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *Int J Pall Nurs* 6(6):274–279
9. Kathrin B, Burack O, Jopp D, Mock E (2015) Grief after patient death: direct care staff in nursing homes and homecare. *J Pain Symptom Manag* 49(2):214–222
10. Kubicek B, Korunka C (2015) Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout? *Work Stress* 29(4):379–400
11. Laschinger HKS, Leiter MP (2006) The impact of nursing work environments on patientsafety outcomes the mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm* 36(5):259–267
12. Leiter MP, Maslach C (2009) Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag* 17(3):331–339
13. Maslach C, Jackson SE (1981) The Maslach burnout inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA
14. Moss AH (1993) Discussing resuscitation status with patients and families. *J Clin Ethics* 4(2):180–182
15. PHI (2016) U.S. home care workers: key facts. 2016. [online 08-04-2020]. Available online at <http://phinational.org/sites/phinational.org/files/phi-home-care-workers-key-facts.pdf>
16. Rickerson E, Somers C, Allen C, Lewis B, Strumpf, Casarett D (2005) How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *J Pain Symptom Manag* 3(3):227–233
17. Rodríguez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J (2016) The person centered approach in gerontology: new validity evidence of the staff assessment person-directed care questionnaire. *Int J Clin Health Psychol* 16(2):175–185
18. Seisdedos N (1997) MBI: Inventario de Burnout de Maslach ['Maslach Burnout Inventory']. TEA, Madrid
19. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN (2006) Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(1):650–658
20. Shinan-Altman S, Werner P, Cohen M (2016) The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. *Aging Mental Health* 20(4):352–361

- 315 21. Vega P, Melo J, González R (2015) Validación de escala de apoyo en duelo en atención de
316 salud para población hispanoparlante. *Psicooncología* 12(2–3):355–366
- 317 22. Wowchuk SM, McClement S, Bond J (2007) The challenge of providing palliative care in
318 nursing homes, part 2: internal factors. *Int J Palliat Nurs* 13(1):345–350
- 319 23. Vega NV, Sanabria A, Domínguez LC, Osorio C, Bejarano M (2009) Síndrome de desgaste
320 profesional. *Revista Colombiana de Cirugía* 24(3):138–146
- 321 24. Whipple V (2005) Lesbian widows: invisible grief. *J LGBT Issues Couns* 7(1):87–116.
322 Routledge, New York, NY
- 323 25. White EM, Aiken LH, McHugh MD (2019) Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and
324 missed care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 67(10):2065–2071
- 325 26. World Health Organisation (2019) Burn-out an “occupational phenomenon”: international clas-
326 sification of Diseases. [online 10-04-2020]. Available online at [https://www.who.int/mental_](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
327 [health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
- 328 27. Zisook S, Shear K (2009) Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World*
329 *Psychiatry* 8(1):67–74

Author Queries

Chapter 21

Query Refs.	Details Required	Author's response
AQ1	References Martinez et al. (2015) are cited in the text but not provided in the reference list. Please provide the respective references in the list or delete these citations.	
AQ2	Please provide a definition for the significance of [letters a, b, d, e] in Table 6.	
AQ3	References [12, 17, 24] are given in the list but not cited in the text. Please cite them in text or delete them from the list.	

MARKED PROOF

Please correct and return this set

Please use the proof correction marks shown below for all alterations and corrections. If you wish to return your proof by fax you should ensure that all amendments are written clearly in dark ink and are made well within the page margins.

<i>Instruction to printer</i>	<i>Textual mark</i>	<i>Marginal mark</i>
Leave unchanged	... under matter to remain	①
Insert in text the matter indicated in the margin	⏞	New matter followed by ⏞ or ⏞Ⓢ
Delete	/ through single character, rule or underline or ⏞ through all characters to be deleted	⏞ or ⏞Ⓢ
Substitute character or substitute part of one or more word(s)	/ through letter or ⏞ through characters	new character / or new characters /
Change to italics	— under matter to be changed	↵
Change to capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to small capitals	≡ under matter to be changed	≡
Change to bold type	~ under matter to be changed	~
Change to bold italic	≈ under matter to be changed	≈
Change to lower case	Encircle matter to be changed	⊖
Change italic to upright type	(As above)	⏞
Change bold to non-bold type	(As above)	⏞
Insert 'superior' character	/ through character or ⏞ where required	Y or Y under character e.g. Y or Y
Insert 'inferior' character	(As above)	⏞ over character e.g. ⏞
Insert full stop	(As above)	Ⓢ
Insert comma	(As above)	,
Insert single quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert double quotation marks	(As above)	Y or Y and/or Y or Y
Insert hyphen	(As above)	⏞
Start new paragraph	⏞	⏞
No new paragraph	⏞	⏞
Transpose	⏞	⏞
Close up	linking ⏞ characters	⏞
Insert or substitute space between characters or words	/ through character or ⏞ where required	Y
Reduce space between characters or words	 between characters or words affected	↑

CAPITULO 5.

La influencia del duelo en el burnout. ISBN 978-84-1345-726-0

5. La influencia del duelo en el burnout. ISBN 978-84-1345-726-0

Características de la publicación

Tipo de publicación: Capítulo de libro

Título del capítulo: La influencia del duelo en el burnout.

Print ISBN: 978-84-1345-726-0

Título del libro: “Decisions and Trends in Social Systems”

Número de autores: 1

Posición que ocupa el solicitante: 1

Autor principal: Ana Vallejo Andrada

País de Publicación: España

Año de publicación: 2021

IBSN: 978-84-1345-726-0

Indicios de calidad

Editorial: Aranzadi (Thomson Reuters)

Base de datos de indexación: Scholarly Publishers Indicators in Humanities and Social Sciences (SPI)

Año: 2018

Factor ICEE: 34.803

Posición que ocupa: 3 de 104

Categoría: General



THOMSON REUTERS

Camino de Galar, 15
31190 Cizur Menor (Navarra)
www.thomsonreuters.es

ARANZADI

Don Ignacio Urrutia Sagardía, en su calidad de Director de Contenidos, de EDITORIAL ARANZADI, S.A.U., con domicilio en Camino de Galar, 15, Cizur Menor (CP 31190) Navarra, inscrita en el Registro Mercantil de Navarra, al Tomo 691, Folio 164, Hoja NA-14.302 y provista de Código de Identificación Fiscal núm. A/81-962201

CERTIFICA

Que **Doña Ana Vallejo Andrada**, con **NIF 539627075**, es coautora de la obra colectiva: **"Investigaciones desde el Trabajo Social"**, con ISBN 978-84-1345-726-0, y en concreto autora del capítulo: **"La influencia del duelo en el burnout"**.

Y que la citada obra dado su interés, se ha publicado dentro de la **colección Estudios - Aranzadi**, de la editorial **Thomson Reuters Aranzadi**, en diciembre de 2020.

Y que las publicaciones de Thomson Reuters Aranzadi aparecen clasificadas, en la primera posición, en el índice SPI, Scholarly Publishers Indicators, categoría Derecho.

Y, para que así conste se expide el presente certificado, a solicitud de la interesada, en Cizur Menor, a 28 de diciembre de 2020.

Ignacio Urrutia Sagardía
Director de Contenidos
Content Manager
Thomson Reuters
Camino de Galar núm . 15,
31190, Cizur Menor, (Navarra)

● thomsonreuters.com

Sensitivity: Confidential



EVARISTO BARRERA ALGARÍN
JOSÉ LUIS SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO
COORDINADORES

INCLUYE LIBRO ELECTRÓNICO
THOMSON REUTERS PROVIEW™

THOMSON REUTERS
ARANZADI

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a68...> 3/3

**EVARISTO BARRERA ALGARÍN
JOSÉ LUÍS SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO**
Coordinadores

INVESTIGACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Autores

ABRAHAM GARCÍA GONZÁLEZ	FRANCISCO ESTEPA MAESTRE
ALBERTO SARASOLA FERNÁNDEZ	FRANCISCO JOSÉ ROMANCO VILLARÁN
ALEIX MORILLA LUCHENA	FERNANDO RELINQUE MEDINA
ALFONSO CHAVES MONTERO	ILARIA SARTINI
ANA VALLEJO ANDRADA	JOSÉ CARLOS MALAGÓN SIRIA
ANA CRISTINA RUÍZ MOSQUERA	JOSÉ LUÍS SARASOLA SÁNCHEZ- SERRANO
BELÉN LORENTE MOLINA	MANUEL RIVERO DOMÍNGUEZ
CARLOS VLADIMIR ZAMBRANO RODRÍGUEZ	MANUELA ÁNGELA FERNÁNDEZ BORRERO
ELENA LÓPEZ BALTANÁS	MARÍA RUÍZ HERRERA
ELOY LÓPEZ MENESES	MARÍA JOSEFA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ
EMILIO ABAD SEGURA	MARIANA DANIELA GONZÁLEZ ZAMAR
EMILIO BURGOS SERRANO	MIGUEL RODRÍGUEZ GUERRERO
EVA AIZPURUA	OCTAVIO VÁZQUEZ AGUADO
EVARISTO BARRERA ALGARÍN	ROCÍO MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a68...> 3/5

FRANCISCO CARAVACA SÁNCHEZ ROCÍO MUÑOZ MORENO
SUSANA MARTÍ GARCÍA

THOMSON REUTERS

ARANZADI

Primera edición, 2020

El editor no se hace responsable de las opiniones recogidas, comentarios y manifestaciones vertidas por los autores. La presente obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

La Editorial se opone expresamente a que cualquiera de las páginas de esta obra o partes de ella sean utilizadas para la realización de resúmenes de prensa.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

Por tanto, este libro no podrá ser reproducido total o parcialmente, ni transmitirse por procedimientos electrónicos, mecánicos, magnéticos o por sistemas de almacenamiento y recuperación informáticos o cualquier otro medio, quedando prohibidos su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin el permiso previo, por escrito, del titular o titulares del copyright.

Thomson Reuters y el logotipo de Thomson Reuters son marcas de Thomson Reuters

Aranzadi es una marca de Thomson Reuters (Legal) Limited

© 2020 [Thomson Reuters (Legal) Limited / Evaristo Barrera Algarín y
José Luís Sarasola Sánchez-Serrano (Coordinadores)]

© Portada: Thomson Reuters (Legal) Limited

Editorial Aranzadi, S.A.U.

Camino de Galar, 15

31190 Cizur Menor (Navarra)

ISBN: 978-84-1345-725-3

DL NA 1908-2020

Printed in Spain. Impreso en España

Fotocomposición: Editorial Aranzadi, S.A.U.

Impresión: Rodona Industria Gráfica, SL

Polígono Agustinos, Calle A, Nave D-11

31013 – Pamplona

Recently Read Close

Investigaciones desde el Trabajo Social. 1ª ed., diciembre 2020

LA INFLUENCIA DEL DUELO EN EL BURNOUT
SEGUNDA PARTE EXPERIENCIAS INVESTIGADORAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL
LA INFLUENCIA DEL DUELO EN EL BURNOUT
LA INFLUENCIA DEL DUELO EN EL BURNOUT

0

La influencia del duelo en el burnout

ANA VALLEJO ANDRADA

Resumen: En la actualidad existen una gran variedad de estudios relacionados de manera directa o indirecta con el duelo, la mayoría de ellos focalizados en los amigos y familiares de la persona fallecida. Sin embargo, existen escasas investigaciones centradas en el proceso de duelo que realizan los profesionales que han trabajado con el fallecido, siendo este proceso denominado duelo desautorizado. Con el objetivo de estudiar ese fenómeno, hemos explorado el síntoma del burnout y el duelo desautorizado entre 90 trabajadores de residencias de ancianos en España, utilizando un cuestionario elaborado por The Maslach Burnout Inventory; Escala de apoyo al duelo en la atención médica; Disenfranchised Grief realizando un análisis de datos univariante, bivariado y multivariado utilizando el software estadístico SPSS versión 22.

Palabras clave: Duelo, burnout, Trabajo Social, residencias de personas mayores, España.

Abstract: There is currently a wide variety of studies directly or indirectly related to grief, most of them focused on the friends and relatives of the deceased person. However, there is little research focused on the grieving process carried out by professionals who have worked with the deceased, this process being

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a6...> 1/10

called unauthorized grief. In order to study this phenomenon, we have explored the symptom of burnout and unauthorized grief among 90 workers in nursing homes in Spain, using a questionnaire prepared by The Maslach Burnout Inventory; Scale of support for grief in health care; Disenfranchised Grief by performing a univariate, bivariate and multivariate data analysis using the statistical software SPSS version 22. Resulting in the association between these three scales and some demographic variables.

Keywords: Grief, burnout, Social Work, nursing homes, Spain.

INTRODUCCIÓN

Dentro de este capítulo vamos a vincular la sintomatología del burnout y su relación con el duelo, especialmente con el tipo de duelo más común entre los trabajadores, que es el duelo desautorizado.

Con el objetivo de una mejor comprensión de estos dos temas, vamos a comenzar a describir tanto problemáticas (burnout y duelo privado de derechos) como a mostrar a los investigadores anteriores que han encontrado en los asilos de ancianos áreas relacionadas con ellos.

1. BURNOUT

Teóricamente, el Burnout depende de la susceptibilidad individual y del entorno en el que se inserta el profesional, incluido el lugar de trabajo cotidiano y la sociedad a la que pertenece el individuo (Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio y Bejarano, 2009).

A medida que aumenta el número de personas mayores que requieren cuidados de enfermería o residenciales, el bienestar de las enfermeras y los trabajadores sanitarios empleados en este entorno adquiere mayor importancia. El trabajo en residencias de personas mayores es inevitablemente un trabajo exigente y estresante en un entorno organizacional complejo, y ha sido ampliamente considerada como una de las ocupaciones más estresantes, asociada con altos niveles de rotación de personal, ausentismo y niveles de agotamiento (Jamal, Baba y Shiftwork, 1992).

2. EL DUELO DESAUTORIZADO

La mayoría de los investigadores y terapeutas del duelo indican que la mayoría de los dolientes tienen recursos internos adecuados y apoyo social para reajustarse a la vida después de la muerte de un ser querido sin necesidad de una intervención significativa (Zisook y Shear, 2009).

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a6...> 2/10

Sin embargo, existen factores que pueden complicar el duelo en una minoría de personas y conducir a peores resultados. Por ejemplo, los estudios sugieren que los cuidadores que se preocupan tanto en circunstancias difíciles como gratificantes corren un mayor riesgo de sufrir un duelo complicado (Schulz, Boerner, Shear, Zhang y Gitlin, 2006).

Acerca de las experiencias de duelo de los cuidadores profesionales en entornos de cuidados a largo plazo. Estudios previos de esta población que han utilizado métodos cualitativos para explorar las respuestas del personal a las muertes de los pacientes sugieren que el personal puede experimentar síntomas de duelo (Katz, Sidell y Komaromy, 2000; Moss, 1993).

Rickerson y sus colegas (2005) en su investigación encuestaron a 203 trabajadores del cuidado que incluían cinco secciones. Primero, el personal proporcionó información demográfica sobre sí mismos y describió su experiencia laboral en el cuidado de la salud. A continuación, el personal calculó cuántos de sus pacientes habían muerto en el último mes y luego identificó (a partir de una lista de verificación) los síntomas que experimentaron como resultado de esas muertes (Rickerson, Somers, Allen, Lewis, Strumpf y Casarett, 2005).

Teniendo como conclusión que el personal respondió a la muerte de los pacientes de formas muy diferentes y describió una amplia variedad de síntomas relacionados con el duelo. Algunos miembros del personal informaron haber experimentado varios síntomas, otros informaron pocos o ninguno. La experiencia no parece “proteger” al personal de la experiencia del duelo. Por el contrario, puede haber un componente acumulativo del dolor del personal que no se haya examinado previamente en estos entornos (Rickerson et al., 2005).

. METODOLOGÍA

1. PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

Noventa trabajadores de residencias de ancianos de la provincia de Sevilla fueron contactados por correo para la investigación actual entre diciembre de 2019 y marzo de 2020. Se distribuyeron cuestionarios de autoinforme por correo a los trabajadores de residencias de ancianos que voluntariamente aceptaron participar a través de Google Form. Previo a la cumplimentación de los cuestionarios, los participantes recibieron información con cada cuestionario que presentaba al equipo de investigación, la estructura del cuestionario, los objetivos del estudio y el anonimato garantizado de los participantes y de forma voluntaria. Los participantes no recibieron ningún beneficio de la participación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Pablo Olavide (España), y por la junta directiva de dos instalaciones seleccionadas aleatoriamente de la

provincia de Sevilla donde se realizó la investigación. La muestra final estuvo compuesta por 90 trabajadores de hogares de ancianos en su mayoría mujeres (84.4%), información adicional sobre características demográficas y laborales se muestra en la [tabla 2](#).

2. MEDIDAS

El cuestionario se ordenó de la siguiente manera: variables demográficas y laborales, variables de Burnout y duelo. Los participantes tardaron aproximadamente de 10 a 20 minutos en completar el cuestionario. Los cuestionarios completados se devolvieron directamente al personal de investigación a través de Google Form.

Se utilizó un cuestionario de datos demográficos y laborales. Incluyó variables demográficas de los trabajadores como la edad (codificada como variable continua) y el género (codificado como 0 = hombre y 1 = mujer), años de experiencia en un hogar de ancianos (codificado como variable continua) y duración del empleo en la hogar (codificado como variable continua), puesto personal (como 0 = personal, 1 = trabajador social y 2 = supervisor), sector de trabajo actual (0 = empresa privada y 1 = administración pública) y horas de trabajo (0 = trabajo a tiempo completo y 1 = trabajo a tiempo parcial).

El Burnout se evaluó con el Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI – HSS) (Maslach y Jackson, 1986), utilizando la versión en español desarrollada por De las Cuevas (1994). El MBI es una escala de veintidós ítems que incluye tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional (EE; compuesto por nueve ítems), Despersonalización (DP; compuesto por cinco ítems) y Realización personal (AF; compuesto por ocho ítems). Utilizando una escala Likert de siete puntos que iba de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 7 (“totalmente de acuerdo”), se pidió a los participantes que calificaran la frecuencia con la que sentían los sentimientos descritos para cada elemento. Para la presente investigación, los puntos de corte propuestos por Seisdedos (1997) con el fin de clasificar la severidad del burnout de cada una de las dimensiones (Cuadro 1).

Las variables sobre el duelo se midieron mediante dos escalas. Primero, la versión de quince ítems de Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) (Anderson, Ewen y Miles, 2010) fue utilizada adaptada y validada al español por Vega y sus colegas (2015). Consiste en un instrumento dividido en tres subescalas de cinco ítems: (1) reconocimiento de la relación, (2) reconocimiento de la pérdida y (3) inclusión del doliente. Utilizando una escala Likert de siete puntos que va de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”), una puntuación más alta en el GSHCS indica niveles más altos de apoyo específico al duelo. En segundo lugar, el Duelo privado de derechos se midió utilizando el instrumento desarrollado por Anderson y Gaugler (2007). El

instrumento Disenfranchised Grief está compuesto por quince ítems respondidos cada ítem por una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (“totalmente en desacuerdo”) hasta 5 (“totalmente de acuerdo”). La escala de síntomas de duelo se diseñó para determinar la presencia y la fuerza de los factores que pueden privar del derecho a voto.

Análisis de los datos

Se realizaron análisis de datos univariados, bivariados y multivariados utilizando el software estadístico SPSS versión 22 con un nivel mínimo significativo establecido en 95% ($p \leq 0,05$). El análisis de datos se realizó en X etapas: primero, se calcularon estadísticas descriptivas en toda la muestra del estudio para comprender las variables demográficas y laborales. En segundo lugar, se calcularon las puntuaciones medias (M) y la desviación estándar (DE) de cada una de las dimensiones del MBI para la muestra actual y se compararon con la muestra normativa inscrita en la validación realizada por Seisdedos (1997). En tercer lugar, según Seisdedos (1997) los puntos de corte propuestos por Seisdedos (1997) se calcularon las dimensiones del MBI (EE, DP y PA) para cada dimensión (baja, moderada y alta) según la gravedad. A continuación, se calcularon las puntuaciones medias (M), el intervalo de confianza al 95% (IC del 95%) y la desviación estándar (DE) para las dos escalas que miden el duelo: 1) GSHCS y 2) Duelo privado de derechos.

I. RESULTADOS

La [tabla 2](#) muestra las características demográficas y laborales de los participantes. La edad media de los participantes fue 34,4 años (DE = 8.5), relativamente experimentados en el trabajo a domicilio de ancianos (M = 7.8; DE = 6.7 años) y con una media de 4.6 años (DE = 4.3) trabajando en el puesto actual. De la muestra, la mayoría de los participantes eran mujeres (84.4%; IC95%: 76.7-91.1). En cuanto a las características del puesto, aproximadamente dos de cada tres (61.1%; IC95%: 51.1-72.2) eran trabajadores de plantilla y cuatro de cada cinco (82.2%; IC95%: 74.4-90.0) trabajaban en empresas privadas. Además, el 68.9% (IC95%: 58.9-77.8) trabajaban a tiempo completo frente al 31.1% (IC95%: 22.2-41.1) de los que trabajaban a tiempo parcial.

En cuanto a las subescalas de duelo, las puntuaciones medias de la muestra actual se muestran en la [tabla 4](#). La puntuación media de las subescalas GSHCS fueron: reconocimiento de la relación (M = 20.1; IC95%: 18.8-20.7), reconocimiento de la pérdida (M = 17.0; IC95%: 15.9-17.8) e inclusión del doliente (M = 13.0; IC95%: 11.9-13.9). Con respecto al Duelo privado del derecho al voto, la puntuación media fue de 48.7 (IC95%: 46.8-50.3).

Tabla 1. Puntos de corte para las dimensiones del MBI

Dimensiones	Bajo	Moderado	Alto
<i>EE</i>	< 14	15-24	> 25
<i>DP</i>	< 3	4-9	> 10
<i>PA</i>	< 32	33-39	> 40

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Características de los participantes (N = 90)

	M	SD
Edad	34.4	8.5
Experiencia laboral en residencias de personas mayores	7.8	6.7
Experiencia laboral en el puesto de trabajo actual	4.6	4.3
	%	95%CI
Género		
Femenino	84.4	76.7-91.1
Masculino	15.6	8.9-23.3
Posición		
Empleado	61.1	51.1-72.2
Trabajador Social	27.8	18.9-37.8
Supervisor	11.1	5.6-17.8
Área de trabajo		
Sector privado	82.2	74.4-90.0
Sector público	17.8	10.0-25.6

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a6...> 6/10

	M	SD
Tipo de contrato		
Tiempo completo	68.9	58.9-77.8
Media jornada	31.1	22.2-41.1

Nota. DE: desviación estándar; CI: intervalo de confianza

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Diferencias entre la muestra actual y la muestra normativa

Grupo	MBI subescalas		
Muestra actual (N = 90)	EE	DP	PA
Resultado	19.0	10.2	31.4
Derivación estándar	14.3	5.6	9.2
Patrones españoles para el MBI (N = 1,138)	EE	DP	PA
Resultado	20.3	7.6	35.7
Derivación estándar	11.3	5.0	8.0

Nota. EE: agotamiento emocional; DP: Despersonalización; PA: Realización personal.

Tabla 4. Estadísticas descriptivas de las subescalas de duelo para la muestra actual (N = 90).

Subescalas de duelo

	Grief subscales		
	M	95%CI	SD
<i>Reconocimiento de la relación</i>	20.0	18.8-20.7	4.2
<i>Reconocimiento de la pérdida</i>	17.0	15.9-17.8	4.5

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a6...> 7/10

<i>Inclusión del doliente</i>	13.0	11.9-13.9	4.7
<i>Duelo desautorizado</i>	48.7	46.8-50.3	8.5

Nota. IC: intervalo de confianza; SD: desviación estándar.

1. CONCLUSIONES

En lo que se refiere a nuestro objetivo: explorar la asociación entre duelo y burnout entre los trabajadores de residencias de ancianos en España, podemos afirmar que se ha cumplido.

En concordancia con investigaciones previas (Jamal, Baba y Shiftwork, 1992; White, Aiken y McHugh, 2019), el nivel de burnout de nuestra muestra es considerablemente alto 17.8%, siendo Agotamiento Emocional y Despersonalización las subescalas más destacables del MIB.

En relación con las escalas Disenfranchised Grief y GSHCS, como afirman otros autores (Anderson y Guagler, 2007), el Disenfranchised Grief de nuestra muestra tiene una media de 48,7 lo que puede ser considerado un número representativo de trabajadores, y en relación con el GSHCS la subescala con un alto nivel mediático es el reconocimiento de la relación, estando esta última fecha extremadamente relacionada con Boerner, Burack, Jopp y Mock, conclusiones (2017).

2. IMPLICACIONES TÉCNICAS Y PROFESIONALES DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL

Desde el Trabajo Social, existen diversas aplicaciones para la relación entre duelo y burnout en el ámbito profesional, desde el trabajo que realizan los/as trabajadores/as sociales en las residencias, como uno de los perfiles fundamentales de ratio de trabajo, hasta en los puestos de dirección de estas a los que en algunas ocasiones acceden.

Habiendo probado el presente capítulo la relación entre duelo y burnout en los profesionales de las residencias de personas mayores, y teniendo el burnout repercusiones negativas en la eficacia y eficiencia de estos trabajadores, será de gran interés por parte de la dirección, que los/as trabajadores/as realicen una correcta gestión del duelo.

Pudiendo ser labor del/la trabajador/a social, la organización y el seguimiento, de esta gestión del duelo, mediante la creación de grupos de autoayuda, realizando campañas de formación, entre otras.

I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K.A., y Gaugler, J.E., «The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief», *OMEGA-Journal of Death and Dying*, vol. 54, núm. 4 (2007), pp. 301-318.
- Anderson, K.A., Ewen, H.H., y Miles, E.A. «The grief support in healthcare scale: Development and testing», *Nursing Research*, vol. 59, núm. 6 (2010), pp. 372-379.
- Boerner, K., Gleason, H., y Jopp, D.S., «Burnout After Patient Death: Challenges for Direct Care Workers», *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 54, núm. 3 (2017), pp. 317-325.
- Jamal, M., y Baba V.V., «Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses», *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 13, núm. 5 (1992), pp. 449-464.
- Katz, J., Sidell, M., y Komaromy, C., «Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff», *International Journal of Palliative nursing*, vol. 6, núm. 6 (2000), pp. 274-279.
- Maslach, C., y Jackson, S.E., *The Maslach Burnout Inventory*, Consulting Psychologist Press, Palo Alto 1981.
- Rickerson, E., Somers, C., Allen, C., Lewis, B., Strumpf, N., y Casarett, D., «How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff», *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 3, núm. 3 (2005), pp. 227-233.
- Seisdedos, N., *MBI: Inventario de Burnout de Maslach [Maslach Burnout Inventory]*, TEA, Madrid 1997.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S., y Gitlin, L.N., «Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement», *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 14, núm. 1 (2006), pp. 650-658.
- Vega N.V., Sanabria, A., Domínguez, L.C., Osorio, C., y Bejarano, M. «Síndrome de desgaste profesional», *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 24, núm. 3 (2009), pp. 138-46.
- White, E.M., Aiken L.H., y McHugh M.D. «Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 67, núm. 10 (2019), pp. 2065-2071.

<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=aranz%2Fmonografias%2F245632635%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0ad6a6...> 9/10

Zisook, S., y Shear, K. «Grief and bereavement: What psychiatrists need to know», *World Psychiatry*, vol. 8, núm. 1 (2009), pp. 67-74.

SECCIÓN VI
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

SECCIÓN VI. Discusión de resultados y conclusiones

1. Principales hallazgos de la línea de investigación

Con el fin de facilitar la comprensión de los hallazgos encontrados en las distintas publicaciones que componen el presente trabajo, y siguiendo la línea hasta ahora expuesta en anteriores epígrafes, vamos a dividir los hallazgos en: hallazgos obtenidos en el pilotaje y hallazgos obtenidos en el estudio analítico más amplio. Por último, con la idea de aportar uniformidad entre las diferentes fases, haremos una reflexión final sobre el cómputo de estos.

- Principales hallazgos del pilotaje

A continuación, vamos a tratar y a profundizar en los principales hallazgos que hemos obtenido en nuestro pilotaje, mediante la aplicación de los objetivos expuestos en apartados anteriores, los cuales serán expresados para mejor comprensión siguiendo el orden de las dos aportaciones científicas que componen esta fase de la investigación: “Mourning Protocols in Nursing Homes” y “The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities”.

Siguiendo este orden, podríamos indicar que el primer hallazgo al que hacemos referencia es la percepción de los/as profesionales de las residencias de personas mayores sobre su trabajo con el duelo, siendo esta muy negativa con valores que oscilan de 2 a 3 sobre 5 puntos. Por lo que podríamos afirmar que el conjunto de profesionales encuestados en nuestro pilotaje considera que no aborda de una forma totalmente eficiente el duelo de las personas residentes en los centros en los que trabajan.

En lo relativo a los protocolos de duelo, según los resultados obtenidos podemos advertir que otro de nuestros principales hallazgos ha sido el establecimiento de una relación entre la mayoría de las personas que trabajan en residencias de personas mayores no consideran

que estén realizando un trabajo eficiente con el duelo de los residentes, y corroborado que la existencia o inexistencia de un protocolo de duelo afecta de manera significativa a la percepción que estos/as profesionales tienen sobre la calidad de su trabajo. Por consiguiente, decidimos focalizar en que otros elementos podrían afectar al trabajo con el duelo de los/as profesionales de residencias de personas mayores.

Según nuestros resultados, los centros residenciales con carácter religioso tienen más probabilidad de tener un protocolo de duelo frente a los centros residenciales de carácter laico; los centros residenciales pequeños tienen más probabilidad de tener un protocolo de duelo frente a los centros residenciales de mayor tamaño; finalmente, los centros residenciales privados tienen más probabilidades de tener un protocolo de duelo que los de carácter público.

Por ello podríamos concluir que nuestro segundo gran hallazgo del pilotaje es que los factores estructurales de los centros residenciales, de manera específica aquellos que aluden a su carácter público/privado, laico/religioso y tamaño, para influir en la probabilidad de que tengan un protocolo de duelo.

Esta existencia o inexistencia de un protocolo de duelo, y por tanto de nuestro segundo hallazgo se encuentra altamente relacionada con el primero anteriormente descrito, pues aquellas personas encuestadas en cuyo centro indican que no existe un protocolo de duelo, señalan un nivel de atención a este proceso inferior, respecto los/as profesionales de centros que indican que si poseen un protocolo de duelo. Siendo nuestro tercer hallazgo que la existencia o inexistencia de un protocolo de duelo parece afectar en la percepción que los/as profesionales de las residencias de personas mayores tienen sobre su trabajo con el duelo.

Nuestro cuarto hallazgo, se encuentra relacionado con los elementos facilitadores y dificultadores para el desarrollo del trabajo con el duelo, que perciben las distintas categorías profesionales, pese a las diferencias existentes entre las categorías profesionales encuestadas en lo que respecta a nivel de estudios, composición académica de las distintas titulaciones y tareas asignadas a su rol profesional en el centro, a pesar de existir diferencias entre los elementos facilitadores y debilitadores que identifican en su trabajo con el duelo, la mayoría de las personas encuestadas destacan la ratio de trabajadores/as por centro residencial y el tiempo de trabajo por persona usuaria, como elementos dificultadores de un correcto abordaje laboral a este fenómeno.

Es por ello por lo que podemos identificar como cuarto hallazgo de nuestro pilotaje, la necesidad de un aumento de las ratios de profesionales en las residencias de personas mayores y, por tanto, del tiempo de trabajo por persona residente para una mejor gestión del duelo en estos centros.

Como quinto y último hallazgo de esta primera fase, habría que añadir, que las personas encuestadas enmarcan la figura del/la trabajador/a social y el/la psicólogo/a como personal de referencia dentro de este proceso.

- Principales hallazgos estudio analítico más amplio.

Siguiendo la estructura anteriormente marcada, vamos a describir los principales hallazgos de la segunda fase de nuestra investigación, el estudio analítico más amplio y por tanto de las aportaciones científicas: “Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study”; “The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain” y “La influencia del duelo en el burnout”

En lo relativo a nuestro estudio analítico más amplio, el primer hallazgo de este apartado y el sexto de la investigación completa, es la posibilidad de utilizar las escalas de Depression, Anxiety, and Stress (DASS) creada por Brown y colaboradores (1997) para medir los síntomas de depresión ansiedad y estrés ; The Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson (1986) el cual comprueba el nivel de burnout; Grief Support in Health Care Scale, creado por Anderson et al. (2010) para comprobar el nivel de duelo y Disenfranchised Grief elaborado por Anderson y Gaugler (2007) para medir el nivel de duelo desautorizado, de manera conjunta en un único cuestionario.

Con un alfa de Cronbach (α) superior al 0,70 podemos indicar que la unidad de este cuestionario posee una alta fiabilidad interna, así mismo, también se pueden apreciar correlaciones entre las distintas subescalas que componen cada una de las escalas utilizadas. Siendo estas la subescala de DASS 21, depresión con la escala DGS y la subescala de GSHCS, Inclusión del doliente. Y la subescala DASS 21, estrés con las subescalas GSHC- Reconocimiento de la relación y GSHCS- Reconocimiento de la pérdida.

El tercer gran hallazgo de nuestro estudio analítico más amplio y por tanto el séptimo de nuestra investigación, se encuentra relacionado con los síntomas de depresión, ansiedad, estrés, burnout, duelo y duelo desautorizado que se encuentran presentes en nuestra muestra. Ante los cuales podemos indicar que los/as trabajadores/as de residencias de personas mayores encuestados muestran síntomas de depresión normales, mostrando niveles de ansiedad y estrés.

En lo relativo a los niveles de burnout podemos indicar que la muestra refleja niveles de burnout superiores a los de la media encontrados en la muestra con la que se validó el estudio Seisdedos (1997). En general, las puntuaciones medias para la dimensión *Cansancio emocional-CE* ($M = 19,0$; $DE = 10,2$ y $M = 20,3$; $DE = 11,3$) fueron más altas

entre la muestra actual en comparación con la muestra en la que se validó el estudio Seisdedos (1997). Sin embargo, existe una diferencia en cuanto a las dimensiones de Cansancio Emocional-CE y Despersonalización- DP, mostrando en la muestra actual una puntuación media más alta de DP ($M = 10,2$; $DE = 5,6$ y $M = 7,6$; $DE = 5,0$) y una puntuación media más baja en la dimensión de Realización Personal-PA. ($M = 31,4$; $DE = 9,2$ y $M = 35,7$; $DE = 8,0$) que la muestra en la que se validó el estudio, obtenida de la investigación de Seisdedos (1997). Aproximadamente uno de cada tres (30.0%) reportó niveles altos de EE, la mitad de la muestra (50.0%) mostró elevados niveles de DP y el 40,0% de los participantes informaron tener una PA baja. Finalmente, uno de cada cinco participantes de la muestra (17,8%) presentaba el síndrome de *burnout*, caracterizado por una EE y DP alta y una PA baja.

Respecto al nivel de apoyo al duelo, siguiendo las puntuaciones normativas establecidas en Vega et al. (2017), podemos indicar que nuestra muestra tiene niveles medios de reconocimiento del vínculo, siendo la puntuación media para esta dimensión de 13,5- 85,5 y la de nuestra muestra de 20. Niveles bajos de apoyo al duelo, siendo la puntuación baja para esta dimensión de 1,5-29, obteniendo en nuestra muestra de 17. En función de la dimensión de integración en actos funerarios reportaron una puntuación media de 48,7, siendo la puntuación baja para esta dimensión de 16-68,5.

En función de estos resultados, podríamos concluir como nuestro séptimo hallazgo que los/as trabajadores/as de residencias de personas mayores encuestados no muestran síntomas elevados de depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, si hemos encontrado niveles de burnout superiores a la media Seisdedos (1997) y bajos niveles de apoyo al duelo.

Como octavo y último hallazgo del estudio analítico más amplio, podemos indicar la existencia de una asociación entre el síndrome de burnout y el duelo desautorizado.

A pesar de que en la escala MBI solo tenemos una asociación directa con las variables GSHCS: Reconocimiento de la relación y Reconocimiento de la pérdida. También hemos encontrado asociaciones entre las variables MBI Agotamiento emocional y las variables GSHCS: Reconocimiento de la pérdida e Inclusión del doliente; Variable MBI: Despersonalización y variable GSHCS: Inclusión del doliente; Variable MBI: Realización personal y Variables GSHCS: Reconocimiento de la relación y la Escala de Duelo Desautorizado.

- Hallazgos generales de nuestra investigación.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, podemos indicar como principales hallazgos de nuestra investigación los siguientes:

1. La percepción negativa que tienen los distintos profesionales sobre su trabajo con el duelo.
2. Los factores descriptivos de los centros residenciales, de manera específica aquellos que aluden a su carácter público/privado, laico/religioso y tamaño, afectan de manera significativa a la probabilidad de que tengan un protocolo de duelo.
3. La existencia o no existencia de un protocolo de duelo afecta en la percepción que los/as profesionales de las residencias de personas mayores tienen sobre su trabajo con el duelo.
4. La necesidad de un aumento de las ratios de profesionales en las residencias de personas mayores y por tanto del tiempo de trabajo por persona residentes para una mejor gestión del duelo en estos centros.
5. Las personas encuestadas enmarcan la figura del/la trabajador/a social y el/la psicólogo/a como personal de referencia dentro de este proceso.

6. La posibilidad de utilizar las escalas de Depression, Anxiety, and Stress (DASS) The Maslach Burnout Inventory (MBI) Grief Support in Health Care Scale y Disenfranchised Grief, de manera conjunta en un único cuestionario.
7. Los/as trabajadores/as de residencias de personas mayores encuestados no muestran síntomas de depresión, ansiedad y estrés altos, mostrando niveles de burnout superiores a la media y bajos niveles de apoyo al duelo.
8. La existencia de una asociación entre el síndrome de burnout y el duelo desautorizado.

Tabla 7: Relación de hallazgos, publicaciones y fases

Hallazgo	Publicación	Fase
1. La percepción negativa que tienen los distintos profesionales sobre su trabajo con el duelo.	Mourning Protocols in Nursing Homes. ISBN: 978-3-030-18592-3	FASE 1: PILOTAJE
2. Los factores descriptivos de los centros residenciales, de manera específica aquellos que aluden a su carácter público/privado, laico/religioso y tamaño, afectan de manera significativa a la probabilidad de que tengan un protocolo de duelo.	Mourning Protocols in Nursing Homes. Print ISBN: 978-3-030-18592-3	
3. La existencia o inexistencia de un protocolo de duelo afecta en la percepción que los/as profesionales de las residencias de personas mayores tienen sobre su trabajo con el duelo.	Mourning Protocols in Nursing Homes. Print ISBN: 978-3-030-18592-3	
4. La necesidad de un aumento de las ratios de profesionales en las residencias de personas mayores y por tanto del tiempo de trabajo por persona residentes para una mejor gestión del duelo en estos centros.	The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities. Print ISBN: 978-3-030-69093-9	
5. Las personas encuestadas enmarcan la figura del/la trabajador/a social y el/la psicólogo/a como personal de referencia dentro de este proceso.	The mourning in nursing homes and the nursing homes workers necessities. Print ISBN: 978-3-030-69093-9	
6. La posibilidad de utilizar las escalas de Depression, Anxiety, and Stress (DASS) The Maslach Burnout Inventory (MBI) Grief Support in Health Care Scale y Disenfranchised Grief, de manera conjunta en un único cuestionario.	Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study Print ISBN: 978-3-030-69093-9	FASE 2: ESTUDIO ANALÍTICO MAS AMPLIO
7. Los/as trabajadores/as de residencias de personas mayores encuestados no muestran síntomas de depresión, ansiedad y estrés altos, mostrando niveles de <i>burnout</i> superiores a la media y bajos niveles de apoyo al duelo.	Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study Print ISBN: 978-3-030-69093-9	
8. La existencia de una asociación entre el síndrome de <i>burnout</i> y el duelo desautorizado	“The mourning influence in the burnout syndrome among nursing home workers in Spain” y “La influencia del duelo en el <i>burnout</i> ” Print ISBN: 978-3-030-69093-9 y ISBN 978-84-1345-726-0	

Fuente: Elaboración propia

9. La relación de los resultados expuestos en los artículos con el diseño lógico general de la línea de investigación y del marco teórico.

Después de un análisis profundo de los resultados y las aproximaciones teóricas analizadas, podemos encontrar algunas similitudes entre las investigaciones realizadas por otros autores y nuestros resultados. Por ello, para la realización de este apartado, vamos a tomar como referencia los distintos hallazgos nombrados en el anterior epígrafe.

Al analizar nuestro primer hallazgo: la negativa valoración que realizan los/as profesionales encuestados sobre su trabajo con el duelo, la cual podría encontrarse relacionada con el gráfico de posibles modificaciones en las etapas normales de duelo de Martínez y Siles (2010), en el cual se especifican las distintitas variaciones que conlleva elaborar un proceso de duelo en un entorno normalizado a realizarlo en un entorno institucionalizado.

Esta información también se encuentra en concordancia con nuestro tercer hallazgo: la menor valoración con la que los trabajadores cuya residencia de personas mayores no tiene protocolo de duelo evaluaron su intervención en este. Con la información aportada por Hernández et al. (2021), donde indican como elementos clave para el trabajo con el duelo, la formación, la información, el tiempo y el trabajo en equipo. Elementos que son favorecidos con la existencia de un protocolo de duelo específico y que por tanto otorgarán a aquellos/as trabajadores/as cuyos centros lo posean una mayor seguridad a la hora de realizar su intervención.

En lo relativo a las dimensiones descriptivas de las residencias de personas mayores y la posibilidad de existencia o inexistencia de protocolos de duelo, encontramos una mayor probabilidad de existencia de protocolos de duelo en centros con carácter laico que con carácter religioso. Esta información contrasta con lo expresado por Pinazo-Hernandis (2020) sobre la importancia que tiene para las personas usuarias la realización de ritos del

tipo religioso y de Villarroel et al. (2020), donde nos habla de la necesidad que expresan las residentes encuestadas sobre los ritos de despedida religiosos.

Siguiendo la teoría expuesta por estos dos autores (Pinazo-Hernandis, 2020; Villarroel et al., 2020), el duelo se encuentra altamente relacionado con los rituales del tipo religioso que por su índole van a ser más comunes en aquellos centros que tengan esta característica. Esto va a favorecer que aquellos centros de carácter religioso que en sí mismo posean un ritual de duelo, incluyan este, dentro de los protocolos del centro, aumentando por tanto las posibilidades de la existencia de un protocolo de duelo frente a las residencias de personas mayores laicas.

En esta línea, podríamos añadir lo expresado por Kaufmann y Frías (1996), en su comparativa de las residencias públicas y privadas en cuanto a la atención al duelo y a la existencia de protocolos específicos como seña de diferenciación ante los centros de la competencia. Debido a que los centros de personas mayores públicos en España son obligatoriamente laicos, aquellos centros de personas mayores religiosos van a tener, por tanto, una tipología privada, habiendo según este autor y los resultados de nuestra investigación una mayor probabilidad de que desarrollen protocolos más específicos, como elemento de valor añadido que incremente su competitividad en el mercado.

Esta teoría sería también aplicable a otro factor estructural de este mismo hallazgo, relativo a la tipología del centro, pues al igual que lo que expresan Kaufmann y Frías (1996), encontramos más protocolos de duelo en residencias privadas que públicas.

Entre las actitudes recomendables para el trabajo de duelo, podemos encontrar algunas recomendaciones como: la creación de equipos de trabajo, una línea de comunicación entre todos los profesionales que trabajan con el paciente afectado y la importancia del trabajo multidisciplinar (Rodríguez y Fernández, 2002), siguiendo esta línea argumental

Hernández et al. (2021) remarcan el tiempo de trabajo y el número de profesionales implicados por paciente, como elementos clave para el desarrollo de este tipo de intervención.

Estas recomendaciones, se ven claramente identificadas en los resultados de nuestra investigación, pues nuestra muestra ha señalado: tener formación en duelo, el trabajo multidisciplinar y el contacto cara a cara con los mayores, como barreras y aspectos facilitadores del trabajo con el duelo. Destacando la escasez del tiempo de trabajo por persona usuaria y las ratios profesionales como el principal elemento que dificulta su trabajo en este ámbito de actuación.

En lo que respecta al profesional de referencia para el trabajo del duelo en las residencias de personas mayores, la bibliografía analizada pone el foco en dos profesionales: el/ Trabajador/a Social y el/la psicólogo/a. De esta forma se expresa en el protocolo de duelo de Cincerón, cuando indica que el/la psicólogo/a debe acompañar al compañero de habitación de la persona fallecida (Ortega, 2013). Y en las funciones expresadas por IMSERSO (2015) y Junta de Andalucía (2007). Donde nos indica que la función principal del/a trabajador/a social es organizar el funcionamiento del área social para que preste un servicio adaptado a las necesidades de los usuarios, de carácter integral y de calidad. En ocasiones, ante la ausencia de otros profesionales, puede encargarse del área de la animación sociocultural. Y la del/a psicólogo/a es gestionar los recursos de que dispone, humanos y materiales, para que la institución proporcione los servicios para los que está destinada. Haciendo las evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas, los diagnósticos y desarrollando los programas de estimulación y reeducación más acordes para cada caso. Así mismo, asistiendo de forma terapéutica en aquellos casos y en los programas específicos que así lo precisen.

En lo relativo a nuestro sexto hallazgo: La posibilidad de utilizar las escalas de Depression, Anxiety, and Stress (DASS) The Maslach Burnout Inventory (MBI) Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) y Disenfranchised Grief (DG) de manera conjunta en un único cuestionario En concordancia con estudios previos (Hunter et al., 2019; Martínez-Monteagudo et al., 2019), hemos encontrado una asociación entre MBI y el DASS 21 así como entre GSHCS y DG, sin embargo, no hemos encontrado estudios previos que asociaran de forma conjunta estos cuatro instrumentos.

También se ha encontrado una asociación entre las subescalas MBI y GSHCS o DG, en concordancia con otros autores (Aderson y Even, 2011; Adwan, 2014). Concretamente MBI-agotamiento emocional está asociado con GSHCS- Reconocimiento de la relación, GSHCS- Inclusión del doliente y Duelo privado de sus derechos. Además, el logro personal de MBI se encuentra asociado con GSHCS: reconocimiento de la relación y duelo privado de sus derechos.

En lo relativo a nuestro séptimo hallazgo, sobre los bajos valores de depresión, ansiedad y estrés, y los altos valores de *burnout*, duelo desautorizado y apoyo social, al igual que demostraron Jamal et al. (1992) y White et al. (2019), el nivel de *burnout* de nuestra muestra es considerablemente alto (con un 17,8%) siendo Agotamiento Emocional y Despersonalización las subescalas más destacables del MIB.

Cuando hablamos de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, encontramos una discrepancia entre nuestros resultados y los expresados en las investigaciones de Fjaer y Vabø (2013) y Ejaz et al. (2008) donde refieren una alta sintomatología de depresión entre profesionales de cuidados paliativos a largo plazo y trabajadores/as de residencias de personas mayores. Y en los resultados expuestos por Brodaty et al. (2003); Cooper et al. (2016); Duffy et al. (2009); Pillemer y Lachs (2002) y Woodhead et al. (2016), donde aparecen altos síntomas de estrés altamente relacionados con depresión y ansiedad. Por

el contrario, en lo referente a nuestra muestra, según el instrumento utilizado las personas encuestadas no tienen síntomas significativos de estas patologías.

Con respecto a las escalas DG y GSHCS, al igual que en las investigaciones realizadas por Anderson y Gaugler (2007). El nivel de duelo desautorizado de nuestra media abarca a un número considerable de trabajadores/as, siendo la puntuación media de nuestra muestra de 48.7 puntos. Y analizando los niveles de GSHCS, la subescala con mayor representatividad es la de “reconocimiento de la relación”, siendo este resultado similar al obtenido por with Boerner et al. (2017).

Acerca de nuestro octavo hallazgo: La asociación entre las escalas Disenfranchised Grief Scale (DG), Grief Support in Health Care Scale (GSHCS) y The Maslach Burnout Inventory (MBI), al igual que Boernes et al. (2017) confirmamos que existe una asociación entre ambas. Debido a que, a, a pesar de que con escala MBI solo tenemos una asociación directa con las variables GSHCS: Reconocimiento de la relación y Reconocimiento de la pérdida. También hay asociaciones en la variable MBI Agotamiento emocional y las variables GSHCS: Reconocimiento de la pérdida e Inclusión del doliente; Variable MBI: Despersonalización y variable GSHCS: Inclusión del doliente; Variable MBI: Realización personal y Variables GSHCS: Reconocimiento de la relación y la Escala de Duelo Privado.

10. Reflexión sobre la validez y las limitaciones de lo presentado.

De manera general, para hablar de los principales elementos de validez de nuestra investigación, podríamos remarcar el hecho de que se haya realizado un pilotaje previo a la investigación analítica amplia de la cual nacen las últimas tres publicaciones. La realización de este pilotaje nos permitió modificar el instrumento a utilizar, la unidad de análisis y la delimitación geográfica de la muestra. Permitiéndonos por tanto realizar una segunda fase de nuestra investigación con una mayor calidad.

En lo que respecta a la muestra, bien es cierto, que una de nuestras principales limitaciones ha sido el tamaño de ambas, pues, aunque el estudio completo posee una muestra de 154 personas encuestadas, esta muestra ha de entenderse como la suma de las 58 personas encuestadas en el pilotaje y 96 del estudio analítico más amplio. La limitación de nuestra muestra, principalmente en el caso del estudio analítico más amplio se ha debido entre otros factores a la pandemia causada por el SARS-COVID-19, que ha afectado de manera general a todos los sectores sociales en nuestro país y de manera más específica al sector de las residencias de personas mayores, de forma más acusada durante la primera ola, momento en el que nuestro equipo aún estaba recopilando muestras. Confirmando el impacto que este virus iba a ocasionar en este sector, tomamos la decisión de limitar la muestra a los datos recogidos hasta la fecha, para evitar que esta nueva variable tuviera impacto en nuestros resultados.

Sobre los instrumentos empleados, podemos indicar que, en ambos casos al utilizarse el cuestionario, limitamos nuestros resultados a una recogida de información cuantitativa, debido a que, al ser un elevado número de preguntas de índole personal e institucional, consideramos que para las personas encuestadas otorgaría más fiabilidad en términos de confidencialidad un cuestionario autosuministrado, donde no tuvieran que reflejar sus datos personales que otros métodos cualitativos como un grupo de discusión o una entrevista. No obstante, entendemos que la utilización única de métodos cuantitativos en una investigación es una limitación, es por ello por lo que para futuras investigaciones podría ser complementaria la introducción de un método cualitativo de recogida de datos, completando de esta manera la información recogida.

En lo relativo al método de recogida de datos podemos indicar como elemento demarcador de validez, que, pese a que el primer cuestionario se encuentra realizado en formato ad-hoc, en lo relativo al segundo, como modo de implementación de la calidad

de nuestros resultados, realizamos un estudio de validación, el cual dio como resultado la tercera publicación de la presente tesis doctoral: “Disenfranchised grief, Burnout and emotional distress and among nursing home workers in Spain: A validation study”.

Este estudio comprueba la viabilidad de utilizar las escalas seleccionadas para esta fase de la investigación de manera conjunta: Depression, Anxiety, and Stress (DASS) The Maslach Burnout Inventory (MBI) Grief Support in Health Care Scale y Disenfranchised Grief (DG). Como resultado de esta validación concluimos que en general, todas las escalas y subescalas mostraban fuertes propiedades psicométricas con una elevada consistencia interna, que van desde $\alpha = .71$ (Duelo privado de derechos) a $\alpha = .93$ (MBI-agotamiento emocional).

De manera más específica, concluimos que en lo que respecta a la escala de DASS21, el alfa de Cronbach para la puntuación general fue $\alpha = .92$, con $\alpha = .84$, $\alpha = .84$ y $\alpha = .86$ para las subescalas de depresión, ansiedad y estrés, respectivamente. Al explorar los datos descriptivos para la escala de agotamiento (MBI), el alfa de Cronbach para la escala MBI fue .87 (escala completa), con $\alpha = .93$, $\alpha = .72$ y $\alpha = .90$ para agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Con respecto a los síntomas de duelo (medidos por la escala GSHCS), el alfa de Cronbach para el GSHCS (escala completa) fue de .87 y para las subescalas varió de $\alpha = .79$ (inclusión del doliente) a $\alpha = .91$ (reconocimiento de la pérdida). Finalmente, el Duelo Privado mostró fuertes propiedades psicométricas (alfa de Cronbach $\alpha = .71$).

En lo que respecta a la demarcación territorial, esta limitación va ligada al tamaño de la muestra, pues para una demarcación territorial más amplia que nos permitiese realizar comparaciones a nivel autonómico o internacional, precisaríamos de una muestra más amplia y de la traducción de la adaptación de nuestros instrumentos a otros idiomas. Para lo cual se hubiera precisado de una inversión mayor de tiempo y de capital humano, que

hubieran sido posibles en el caso de la obtención de una subvención económica en una convocatoria accesible y competitiva para haber podido profundizar más en esta investigación, o la realización de una estancia doctoral en centros de otros países.

11. Implicaciones y consecuencias derivadas de las aportaciones realizadas en los textos.

En las sociedades europeas de manera general y en España de manera particular, el duelo y la muerte se han presentado como temas tabúes, pese a que el apoyo social y la verbalización de los sentimientos que ocasionan estas pérdidas suponen un predictor importante de duelos complicados (Van Ee et al., 2021).

Es por ello por lo que todas las investigaciones que potencien la visibilización y naturalización de estos fenómenos, tienen un impacto positivo en la sociedad, más aún en la situación de pandemia mundial en la que nos encontramos sumidos, que ha conllevado un aumento de la mortalidad y por tanto de los duelos.

Como hemos comentado con anterioridad, el proceso de duelo es un proceso individual que afecta de manera única a cada persona, no obstante, podemos encontrar algunos elementos comunes que agrupan colectivos, como pueden ser los grupos de edad, o las personas institucionalizadas en centros.

Al tratarse nuestra investigación sobre el duelo en residencias de personas mayores, y como se abordan los duelos de las personas residentes y del conjunto de los/as trabajadores/as de estos centros estamos visibilizando y concienciando, no solo sobre la problemática en general, sino sobre dos colectivos específicos que tienen riesgo de sufrir duelo complicado.

Investigaciones como las de Schladitz et al. (2021) prueban la asociación entre las variables duelos complicados en la depresión en personas mayores, remarcando aquellas

personas que se encuentran institucionalizadas. Y la de Higginson et al. (2020), donde nos habla de cómo el trabajo con continuos fallecimientos puede conllevar el desarrollo de otras patologías como el *burnout*.

Además de la visibilización y la concienciación anteriormente mencionada sobre el duelo de manera general y el duelo en las residencias de personas mayores, podemos indicar que esta investigación ha servido para generar conocimientos sobre la percepción que tienen los/as propios trabajadores/as de las residencias de personas mayores sobre su trabajo con el duelo, así como los elementos facilitadores y debilitadores de este trabajo, y sobre cómo el duelo y el duelo desautorizado pueden estar relacionados con otras patologías que sufre este colectivo, como la depresión, ansiedad, estrés y el síndrome de *burnout*.

Estos conocimientos son transmitidos de manera intrínseca mediante la publicación de los capítulos de libro adjuntos en la presente tesis doctoral, las comunicaciones y ponencias dadas a nivel nacional e internacional sobre este fenómeno, y de manera extrínseca con la elaboración de materiales didácticos que utilizan los diferentes autores de las publicaciones para la elaboración de sus clases en la Universidad Pablo de Olavide y la Universidad de Almería en el grado de Trabajo Social, doble grado de Trabajo Social y Educación Social y doble grado de Trabajo Social y Sociología. Así como en estudios de postgrado en el Máster de Gerontología Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos, siendo un máster de ANECA Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación y lleva impartándose en la Universidad Pablo de Olavide diecinueve años.

Además de estas vías, nos gustaría resaltar que al, esta investigación visibilizar el papel de los/as trabajadores/as de residencias de personas mayores y sus necesidades para poder trabajar con el duelo de las personas residentes y las implicaciones que tienen estos

procesos de duelo en ellos/as, además de resaltar la importancia que poseen los protocolos de duelo dentro de las residencias de personas mayores.

Abre la posibilidad de fomentar la creación de protocolos de duelo específicos en todas las residencias de personas mayores, y de implementar aquellos que ya están creados, para que recojan los elementos que el grupo de personas encuestadas demandan como: espacio, formación y tiempo para realizar una mejor atención a las personas residentes, y para que incluyan los procesos de duelo que acompañan a los propios trabajadores/as de los centros. Construyendo espacios para la gestión de estas emociones y concienciando a los/as propietarios/as de estos centros, que, implementando estas medidas, consiguen una mejor productividad y un descenso de las bajas laborales que pueden ocasionar la depresión, ansiedad y estrés y que hemos probado que se encuentran altamente relacionada con los procesos de duelo desautorizado.

Pudiendo ser elaborado este protocolo de duelo, como una patente que pudiera extrapolarse a distintos contextos sociales, en los cuales hubiera un alto número de defunciones de personas que de un modo y otro se encontraran institucionalizadas.

Por último, hay que indicar, que otra de las aportaciones de esta investigación es la visualización de aquellas problemáticas de carácter psicosocial que afectan a las personas de nuestro entorno, como son el síndrome de *burnout*, la depresión, ansiedad y estrés. Que en muchas ocasiones al presentar sintomatología física quedan invisibilizadas.

En función de todo lo expresado, podríamos concluir que este estudio, promueve una mejora social tanto en el contexto de las residencias de personas mayores como en el paradigma de las relaciones sociales en general, con implicaciones aplicables no solo en el contexto educativo, sino en el mercado privado, que podrían conllevar a una mejora de

la situación de los/as trabajadores/as de este sector, de las personas residentes en estos centros y de la productividad de estos.

12. Líneas de investigación que se abren a partir de las contribuciones de éstos.

Debido a que la investigación presentada, lleva realizándose desde hace varios años, para hablar sobre las líneas de investigación que se abran a partir de las aportaciones presentadas, vamos a realizar una división entre: líneas en proceso de desarrollo y futuras líneas de investigación.

Entendiendo por líneas en proceso de desarrollo, aquellas sobre las que se ha hecho una investigación y se encuentra en proceso de publicación o se encuentra publicada y futuras líneas de investigación aquellas que se encuentran agendadas para llevar a cabo, pero por cuestión de recursos económico-temporales aún no se han elaborado.

- Líneas en proceso de desarrollo

Una de nuestras principales líneas en proceso de desarrollo, es la obtención de datos teóricos específicos sobre el duelo y el duelo desautorizado en residencias de personas mayores, realizando una comparativa con las residencias de personas mayores en Portugal. Esta publicación se llevará a cabo en formato capítulo de libro y se encuentra en estos momentos en proceso de revisión.

La siguiente línea en proceso de desarrollo, se desarrolla en función de calcular la influencia de las variables demográficas y laborales en los niveles de duelo desautorizado en trabajadores de centros residenciales, en lo que respecta a esta línea en proceso de desarrollo, dichas variables se encuentran calculadas, y la publicación de estos cálculos se realizará en formato capítulo de libro en la editorial Grupo Anaya, en concreto, con la Editorial Pirámide y se encuentra en estos momentos en proceso de revisión.

Observando los resultados de *burnout* en profesionales de las residencias de personas mayores, decidimos colaborar con otra línea de investigación abierta sobre la sobrecarga del cuidador en las personas que tienen o no asignada ayuda a domicilio. Dicha investigación ha finalizado con la publicación de un capítulo de libro de en la editorial del grupo Anaya, en concreto con la Editorial Pirámide y se encuentra en estos momentos en proceso de revisión.

- Futuras líneas de investigación.

Dentro de nuestras futuras líneas de investigación, tomando como base la última colaboración realizada que tenía como unidad de análisis los/as distintas profesionales que trabajan en el servicio de ayuda a domicilio. Para ello enviaremos el cuestionario elaborado en la segunda fase de nuestra investigación que combina las escalas de Depression, Anxiety, and Stress (DASS) The Maslach Burnout Inventory (MBI) Grief Support in Health Care Scale y Disenfranchised Grief, al grupo de profesionales del servicio de ayuda a domicilio de CLECE, y realizaremos una comparativa entre los datos obtenidos de las auxiliares de ayuda a domicilio de este servicio de las residencias de personas mayores de nuestra investigación.

Como otra futura línea de investigación, tenemos agendado traducir nuestro cuestionario a inglés y mediante la red estadounidense de residencias de personas mayores, enviarlo a una muestra representativa de residencias de personas mayores de distintos estados de este país, realizando una comparativa entre Estados Unidos y España.

Por último, tras este proceso, nos gustaría concluir esta investigación con el desarrollo de una patente de protocolo de atención al duelo para residencias de personas mayores, combinando aquellos elementos que hemos detectado en nuestra investigación que pueden actuar como elementos favorecedores o debilitadores de este trabajo, y en el cual

se incluya al grupo de profesionales de las residencias de personas mayores como sujetos que deben superar este proceso.

SECCIÓN VIII
OTRAS APORTACIONES CIENTÍFICAS DERIVADAS
DIRECTAMENTE DE LA TESIS DOCTORAL

SECCIÓN VII OTRAS APORTACIONES CIENTÍFICAS DERIVADAS DIRECTAMENTE DE LA TESIS DOCTORAL

Como modo de complemento de los capítulos de libro que componen la presente tesis doctoral, nos gustaría añadir las presentes publicaciones que por su carácter y temática añaden contenido a lo expresado hasta el momento.

1. Sociability and Dependence
2. Covid-19, neoliberalismo y sistemas sanitarios en 30 países de europa:
repercusiones en el número de fallecidos
3. Innovación en Gerontología y la importancia de su enseñanza en ámbitos
universitarios

Otras aportaciones 1
Sociability and Dependence

Studies in Systems, Decision and Control 104

Šárka Hošková-Mayerová
Fabrizio Maturo
Janusz Kacprzyk *Editors*

Mathematical- Statistical Models and Qualitative Theories for Economic and Social Sciences

 Springer

Studies in Systems, Decision and Control

Volume 104

Series editor

Janusz Kacprzyk, Polish Academy of Sciences, Warsaw, Poland
e-mail: kacprzyk@ibspan.waw.pl

About this Series

The series “Studies in Systems, Decision and Control” (SSDC) covers both new developments and advances, as well as the state of the art, in the various areas of broadly perceived systems, decision making and control- quickly, up to date and with a high quality. The intent is to cover the theory, applications, and perspectives on the state of the art and future developments relevant to systems, decision making, control, complex processes and related areas, as embedded in the fields of engineering, computer science, physics, economics, social and life sciences, as well as the paradigms and methodologies behind them. The series contains monographs, textbooks, lecture notes and edited volumes in systems, decision making and control spanning the areas of Cyber-Physical Systems, Autonomous Systems, Sensor Networks, Control Systems, Energy Systems, Automotive Systems, Biological Systems, Vehicular Networking and Connected Vehicles, Aerospace Systems, Automation, Manufacturing, Smart Grids, Nonlinear Systems, Power Systems, Robotics, Social Systems, Economic Systems and other. Of particular value to both the contributors and the readership are the short publication timeframe and the world-wide distribution and exposure which enable both a wide and rapid dissemination of research output.

More information about this series at <http://www.springer.com/series/13304>

Šárka Hošková-Mayerová
Fabrizio Maturo · Janusz Kacprzyk
Editors

Mathematical-Statistical Models and Qualitative Theories for Economic and Social Sciences

 Springer

Chapter 20

Sociability and Dependence

José Luis Sarasola Sánchez-Serrano, Ana Vallejo Andrada
and Alberto Sarasola Fernandez

Abstract In this article, we are going to talk about the social aspect of elderly people in urban areas, especially about disabled elderly people and how disability affects their socialization. With the aim to cover this topic we have done research which involves a survey, an interview and a discussion group, with the idea to collect all relevant information, we have compared the results of these three techniques and made a complete evaluation of these findings.

Keywords Social work • Elderly people • Urban areas • Disabled people • Sociability

20.1 Introduction

This research has analysed the elderly people society in urban areas in Sevilla city, Andalucía, Spain. Nowadays this research is vital because of the movement of people between rural zones to urban areas as well as the fact that life expectancy has increased.

Consequently, it was necessary to analyse the variability of the situations of senior citizens especially focusing on dependency aspects.

It is crucial to understand the new social relations that can appear in this context and create new ways to integrate this collective with these new necessities.

J.L. Sarasola Sánchez-Serrano (✉) · A. Vallejo Andrada · A. Sarasola Fernandez
Social Sciences Departament, Pablo de Olavide University, Sevilla, Spain
e-mail: Jlsarsan@upo.es

A. Vallejo Andrada
e-mail: ana-va-94@hotmail.com

A. Sarasola Fernandez
e-mail: Alberto-sgs@hotmail.com

© Springer International Publishing AG 2017

Š. Hořková-Mayerová et al., *Mathematical-Statistical Models and Qualitative Theories for Economic and Social Sciences*, Studies in Systems, Decision and Control 104,
DOI 10.1007/978-3-319-54819-7_20

309

For this reason, this research is focused on the complete stages of when the person retires to the moment of dependency. We consider this stage of the life cycle like a continuum which has its own stages.

The first aging signs normally start when the person is fifty-five years old, with the emergence of corporal changes and the deterioration of sensory and perceptive functions.

The second stage of aging is related with retirement, and it is characterized by the loss of a social interaction roll within society. This change is less visible than physical changes.

The third stage begins when the elderly start to lose loved ones, especially their spouse.

The fourth stage comes when activities get reduced, illness appears, and the restricting processes commence. (Docel Fernandez and Gutierrez Barbarrusa 2006:38)

As well as also having to take into account the different degrees of dependence that could affect the population, as these degrees would affect the previous stages. In Andalucía, Spain we differentiate between:

1. Low Dependency: We regard this degree of dependency to be when the person needs help to perform some basic, everyday activities from time to time.
2. Moderate Dependency: We consider this degree of dependency to be when the person needs help to perform a wide range of everyday basic activities, but does not need complete supervision to be able to do them.
3. Severe Dependency: We deem this degree of dependency to be when the person needs help to perform all the everyday basic, menial activities, because he or she has lost their physical, mental, intellectual or sensory capacity, so he or she needs somebody's complete care to live (Sempere Navarro and Cavas Martínez 2007:140–141; Hoskova-Mayerova 2017).

According to this information, we decided to start an investigation, in conjunction with Pablo de Olavide University Teachers (who are also in the research group Research in Social Sciences and Social Politics (PAI SEJ-452)), to elaborate a study about the sociability of old people in urban area and its relation with the degrees of dependency using qualitative and quantitative techniques.

Highlighting within the study's framework the differences between the elderly inhabitants' sociable areas in Seville City.

And research contributions in order to improve the old people sociable areas. Symbolising the crucial relationship between sociability and integration of seniors in the urban area, as well as the benefits the urban areas can have if it integrates old people, as well as analysing the relationship between the different old people's degree of dependency and their sociability techniques (Malagón et al. 2006; Gubiani 2017).

20.2 Hypothesis

In Seville, there are a wide range of sociable possibilities for senior citizens in relation to the architectural planning of the city areas dedicated to this work. For this reason, the old peoples' sociability will be different depending on the characteristics of the area where they live.

The higher the level of dependency old people have, the higher the degree in gaining access to suitable social areas. Because social areas are not normally adapted for old people with high dependency.

When we are talking about the different activities as well as the time people dedicate to them we have to take into consideration there are different generations of old people so the activities and the time will be different depending on their ages and characteristics.

The more money and free time the elderly have, the greater the variety of activities they are able to access.

In relation to an old persons' knowledge of the different resources available, the most popular are health centre resources and local Medical staff.

20.3 Research Techniques

The research techniques which were used in the study were:

1. Surveys: The type of survey we decided to use is a closed survey with the intention of gathering specific information from the general public.
2. Interviews: The people who were interviewed were selected from the surveys, taking into account the ones who had more information in relation to the research topic; which again targeted the public in general.
3. Discussion group: This technique provided us with more qualitative and subjective information which was crucial to the study.
4. Participant observation: We used this technique as a means of verifying the findings of our surveys, interviews and discussion groups. This also involved the direct observation of the selected urban zones of our research.
5. Map creation and zoning urban areas: This technique consisted of map creation and resource analysis.
6. Others techniques

20.4 Methodology

With the idea to achieve the objectives of the investigation, this research has been divided into three different phases:

1. First phase: Research preparation, during this time the professionals were focused in defining the objectives and preparing all the necessary elements to carry out the research
 - *Key concept definition*: This part was carried out by the research group members, and was the basis of the researcher's theoretical part.
 - *Measurement tool elaboration and designed*: This part consisted in all measurement tools (the quantitative and qualitative) elaboration and design that were going to be used in the research as well as the necessary support and instruments to create a research protocol. We can highlight:
 - A previous analytical test about the social areas
 - Records about the social areas
 - Interview and survey scripts
 - Discussion group scripts
 - Staff Selection
 - Social area locations
 - Previous social areas analytical test
 - Date test analysis
 - *Re-structure the survey object and urban areas*: This part includes all the possible necessary changes as a result of the first phase conclusions (Tomei, 2017).
2. Second Phase: Object analysis

This is the most extensive phase of the research, and is divided into these different activities:

 - Zoning of urban areas: In this part the professional team's aim is to create a complete map of the urban areas where they are going to work, indentifying which areas are accessible to old people.
 - Carrying out the closed interviews and the surveys described in the First Phase
 - Arranging and analysing the closed interviews and survey data.
 - Carrying out the open interviews.
 - Analysing the open interview data.
 - Starting the discussion group.
 - Analysing the discussion group data.
 - Carrying out the participant observation.
3. Third Phase: Research conclusion

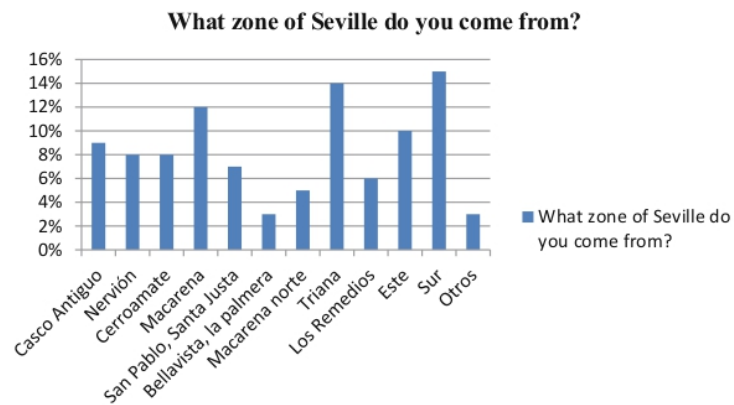
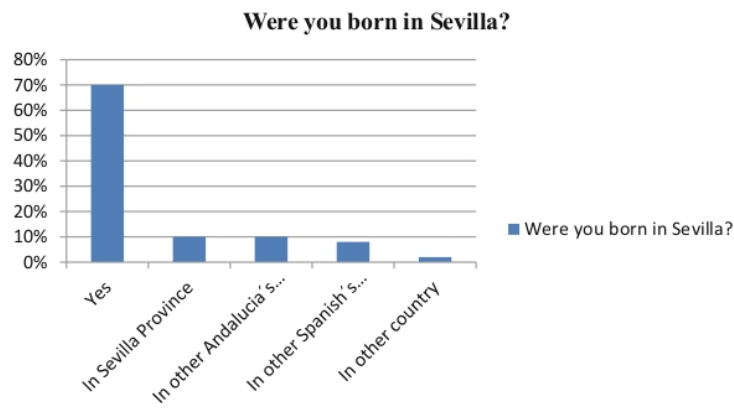
This is the last phase, in this phase we are going to create the research conclusion in relation to the hypothesis and creating a final report, this part will be composed by these different actions:

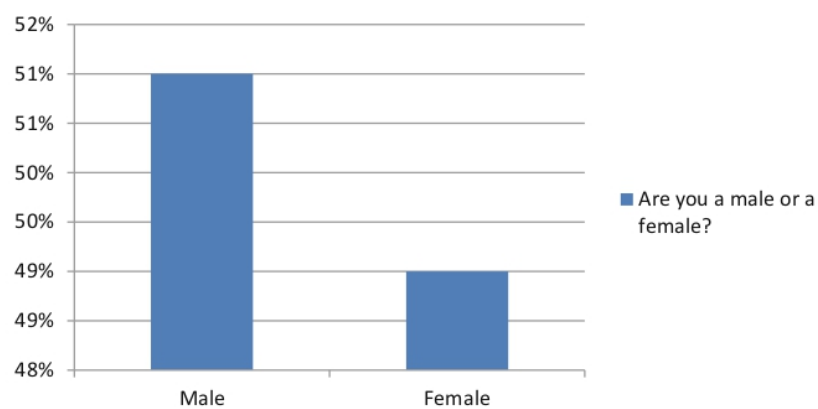
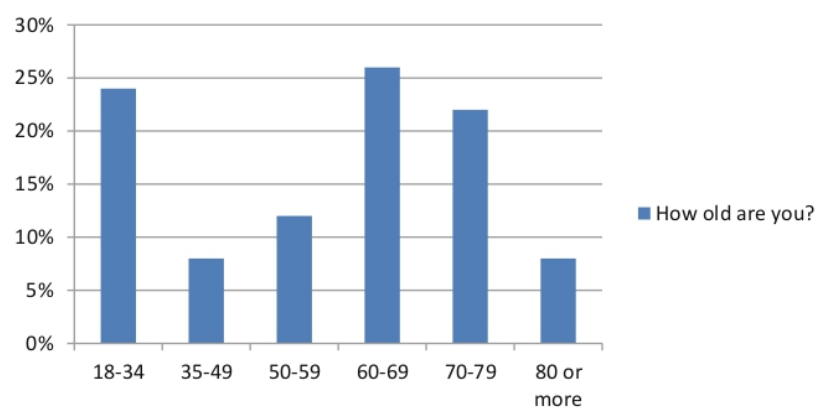
- Establishing the final research conclusions
- Writing and working out the final research report: taking into account the previous phase's findings, as well as the information they recovered during the complete investigation process.
- Data presentation and distribution: This part will involve the publications and distribution of the research results using these instruments:
 - Publishing the full research
 - Organizing seminars in Pablo de Olavide University.

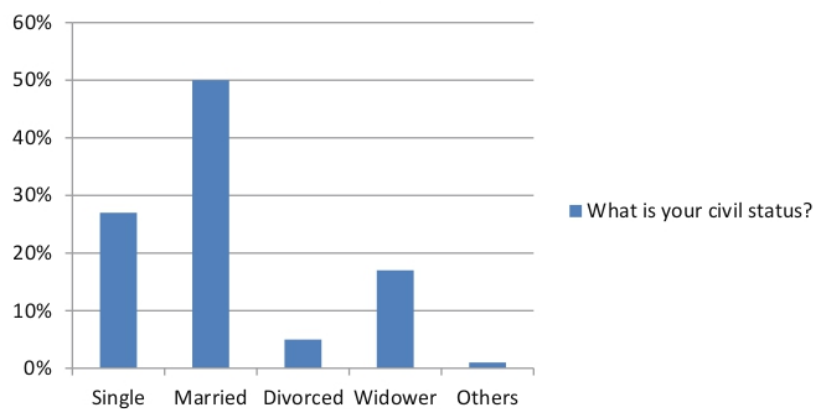
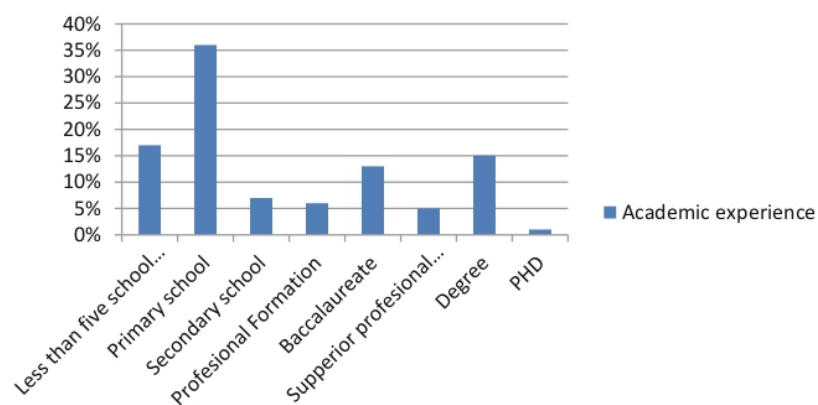
20.5 Results

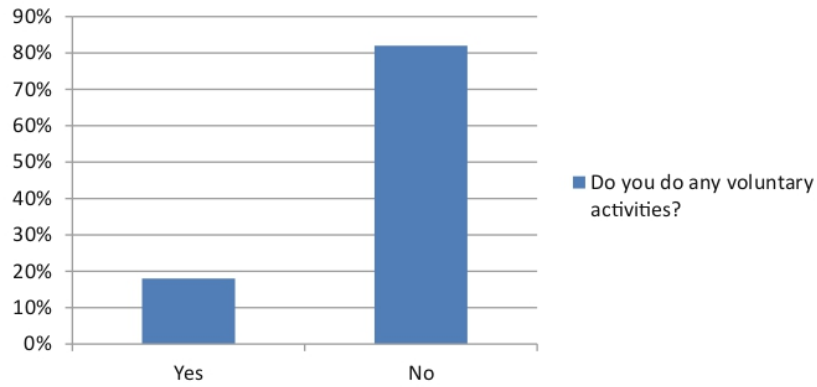
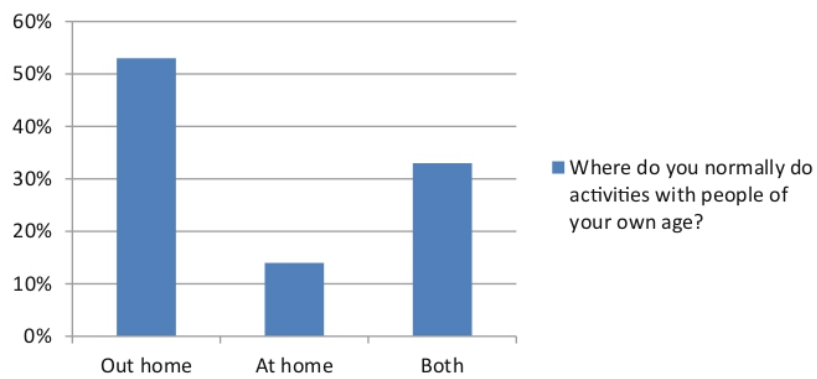
Survey results

(A) General information

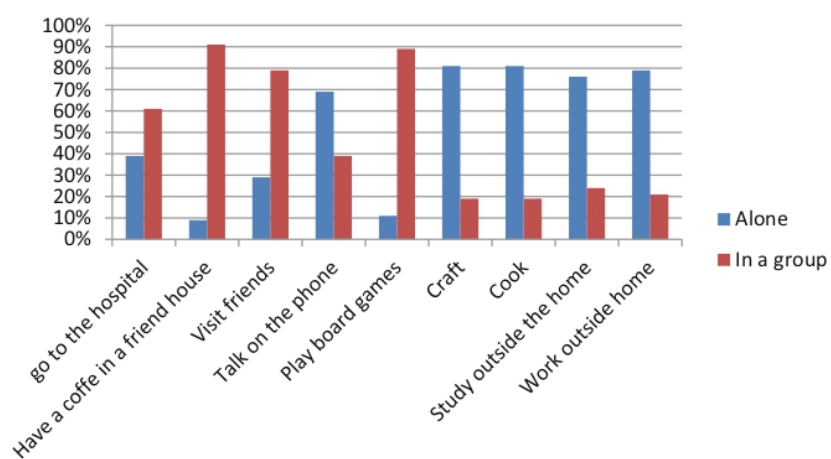
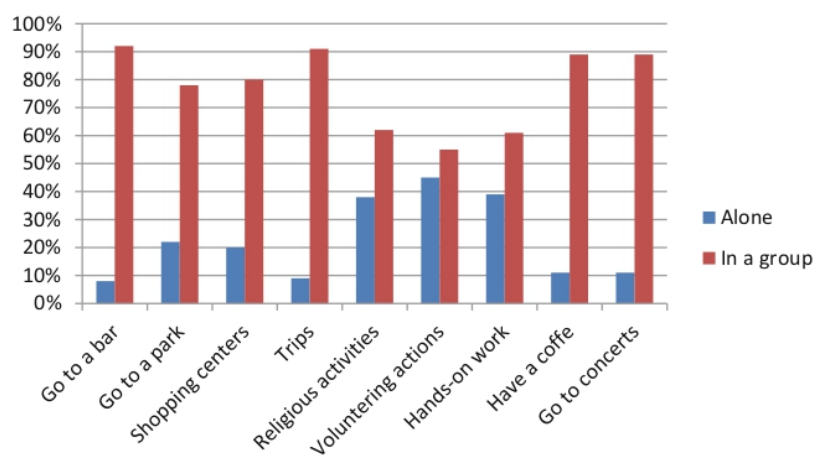


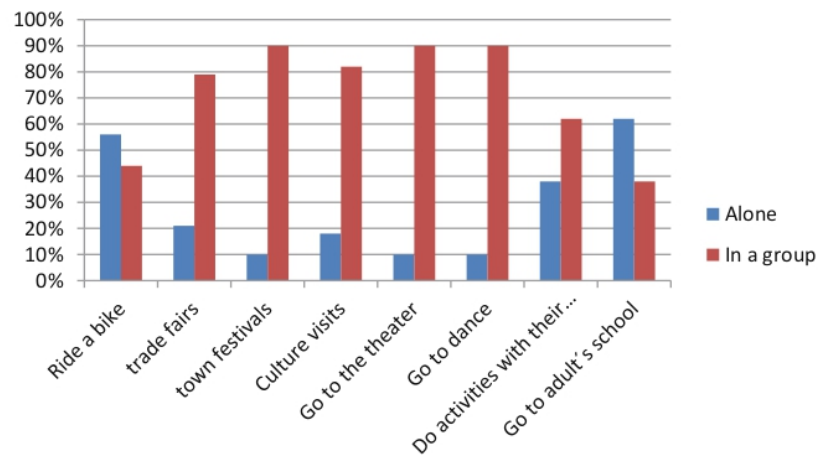
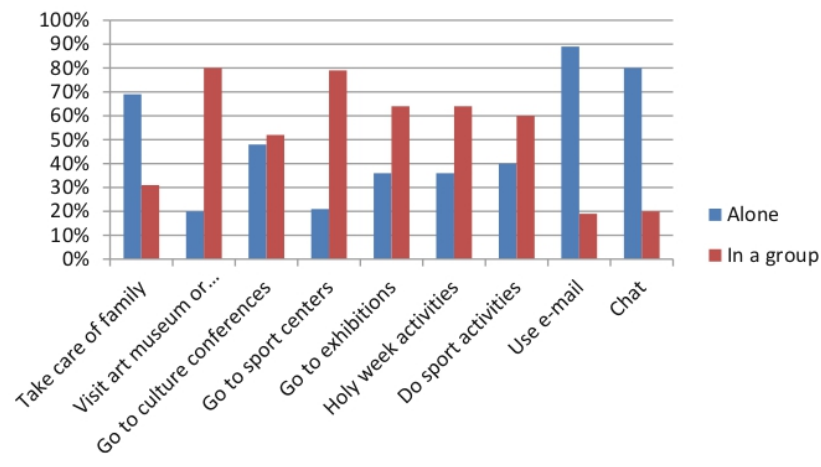
Are you male or female?**How old are you?**

What is your civil status?**Academic Experience**

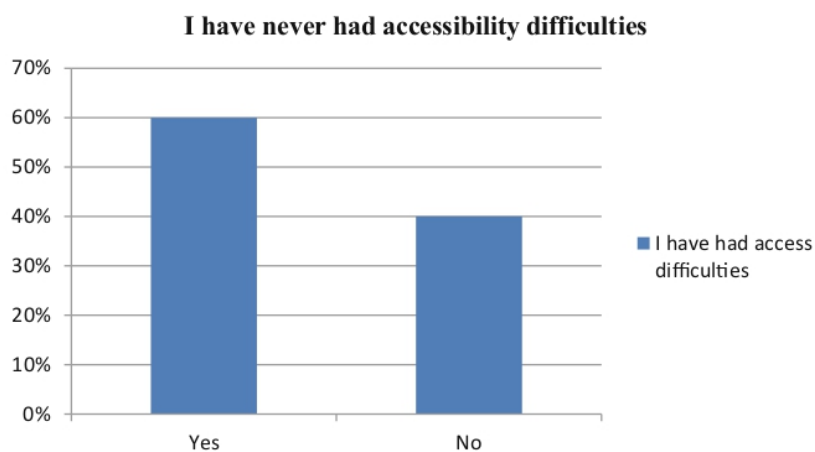
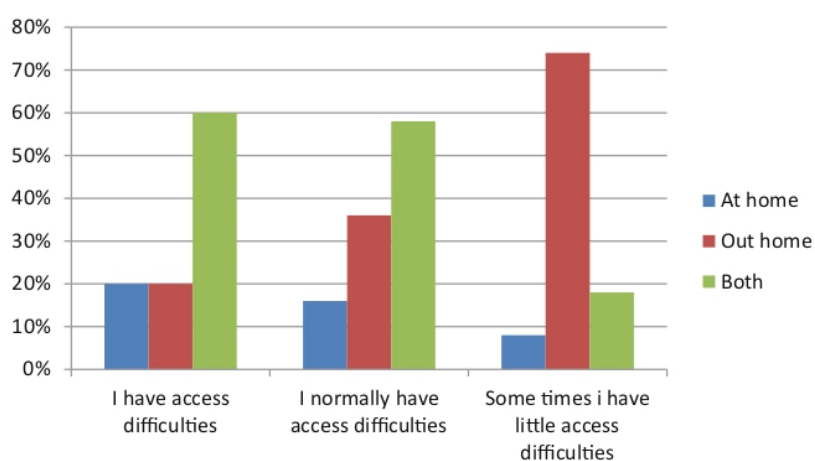
Do you do any voluntary activities?**Where do you normally do activities with people of your own age?**

(B) Free time information

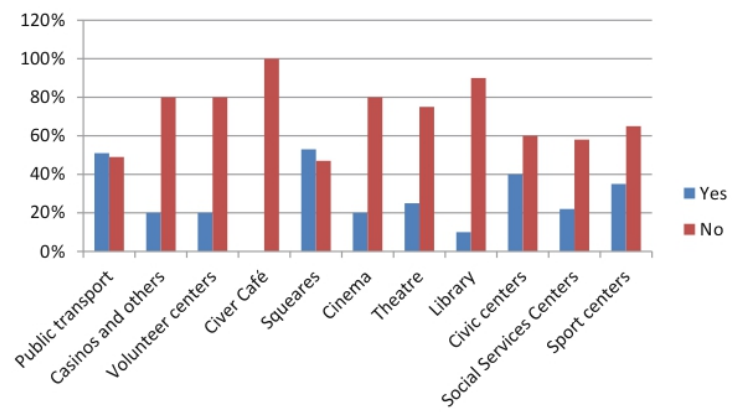
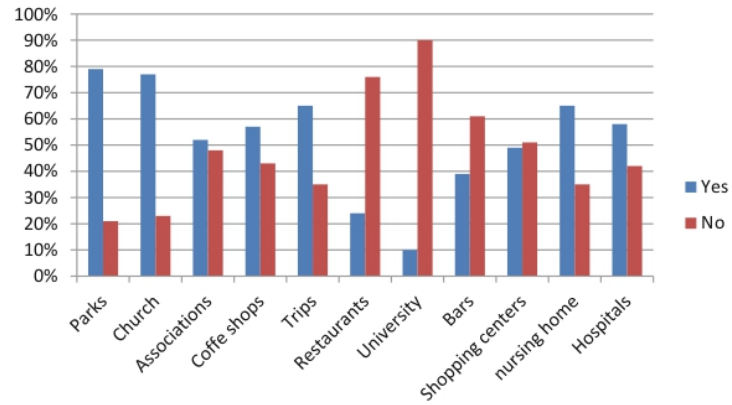
Do you do these activities alone or in a group?



(C) Difficulties dependence can cause

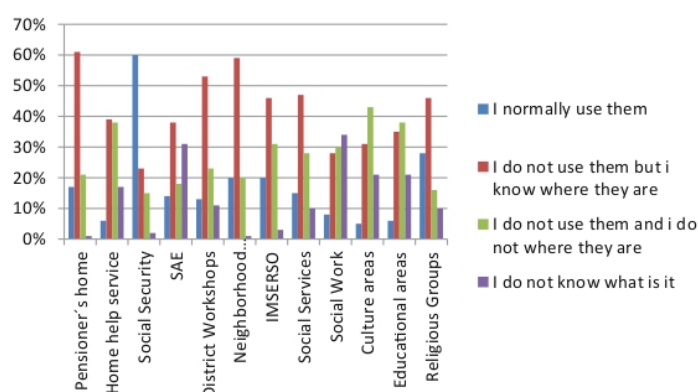
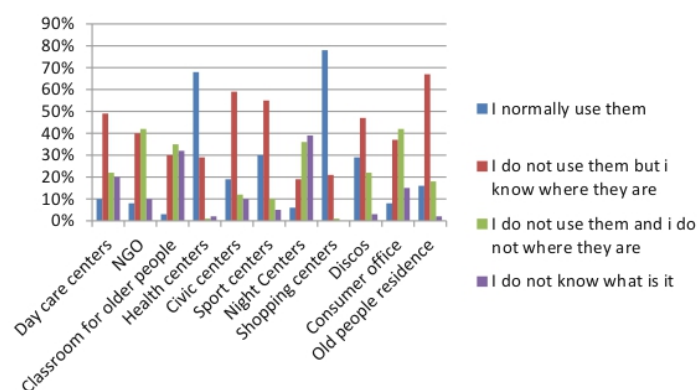
**Do you have accessibility difficulties in these situations?**

Do you have accessibility difficulties in these places?



(D) Possible resources, how much people know about them and how much they use them.

How much do you know about these resource, do you use them?



In order to make the result section more understandable, we are going to divide it into different sections with relation to the different topics.

(A) General sociable areas for elderly citizens

In general terms, we can say the senior's characteristics` in urban areas prepared for them are:

- Dependent people do not normally use urban areas prepared for the older generation.
- Women have a greater percentage of dependence than men.
- There is an important presence of people younger than 60 years of age.

- There is a difference between men and women and how they use these areas, due to the fact that women normally go as groups whereas men normally go alone.
 - Elderly people normally create groups with people of the same age as them in the more common sociable areas, we call them “Generational Groups”.
 - In relation with the hypothesis, the more elderly participate in their society, the more integrated they will become, this is verified.
- (B) About the activities elderly citizens take part in.
The less common for elderly citizens are: Going to the park, having coffee, visiting exhibitions, visiting museums and/or monuments, going to the theatre, doing voluntary schemes, playing board games, riding a bike, going to a trade fair, dancing, attending workshops, attending adult education centres, going to town festivals, visiting family, attending concerts, going to cultural conferences, going to the cinema, enjoying cultural visits, using e-mail.
- (C) In relation to dependency and the possible limitations
The respondents have stated that they find difficulties accessing sociable areas both indoor and outdoor.
And the general perception the population have, is that disabled elderly people have a disadvantage in comparison with the rest of the general population when they want to gain access to the sociable areas.

20.6 Conclusion

To sum up we can say that despite Seville having plenty of sociable areas designed for old people, it looks like not everybody has the same access opportunities to these areas, both factors which can contribute to this are: The area where they live and the degree of dependency they have.

As we can see in our results dependent people have access problems both outdoors and indoors, so this confirms our hypothesis “The higher the level of dependency old people have, the higher the degree in gaining access to suitable social areas. Because social areas are not normally adapted for old people with high dependency.”

The area where they live is also directly related to their economic situation because the more money they have the better area they live in, and the better the area is, the better the facilities are for senior citizens included.

Consequently, although we do not have enough data to confirm our hypothesis “The more money and free time the elderly have, the greater the variety of activities they are able to access” at least in the accommodation factor we could see a possible relationship between the money they have and the greater the variety of activities they are able to access, whereas, we do not have any information about their free time so we cannot suggest a connection between it and the previous item.

About the resources they have and how much they used them, as we can see in the result part, our previous hypothesis was wrong, elderly people know and used social security centres as much as health care centres.

References

- Docel Fernández, L.V. and Gutierrez Barbarrusa, T. (2006): *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*. Tirant Lo Blanch. Valencia.
- Gubiani, D. (et al.), (2017) *From Trajectory Modeling to Social Habits and Behaviors Analysis*, Decision and Control, Vol. 66, Maturo (Eds.), Recent Trends in Social Systems: Quantitative Theories and Quantitative Models 371–385.
- Hošková-Mayerová, Š. (2017) *Education and Training in Crisis Management*. In: The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS, Volume XVI. Future Academy, 2017, p. 849–856.
- Malagón, J.L.; Barrera, E; and Sarasola, J.L. (2006). *Análisis de la sociabilidad de las personas mayores en el medio urbano su relación con el grado de dependencia*. Registro territorial de la propiedad intelectual de Andalucía. Sevilla.
- Sempere Navarro, A.V.; y Cavas Martínez, F. (2007): *Ley de Dependencia. Estudio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Aranzadi, S.A. Navarra.
- Tomei, G. (2017) *When Statistics Are Moved by Words. Biopolitic of International Migration Flows in Contemporary Italy*, Decision and Control, Vol. 66, Maturo (Eds.), Recent Trends in Social Systems: Quantitative Theories and Quantitative Models, 23–30.

Otras aportaciones 2

COVID-19, neoliberalismo y sistemas sanitarios en 30 países de
Europa: repercusiones en el número de fallecidos

ORIGINAL

Recibido: 19 de mayo de 2020
Aceptado: 9 de octubre de 2020
Publicado: 28 de octubre de 2020

COVID-19, NEOLIBERALISMO Y SISTEMAS SANITARIOS EN 30 PAÍSES DE EUROPA: REPERCUSIONES EN EL NÚMERO DE FALLECIDOS

Evaristo Barrera-Algarín (1), Francisco Estepa-Maestre (1), José Luis Sarasola-Sánchez-Serrano (1) y Ana Vallejo-Andrada (1)

(1) Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El estudio se fundamentó en la necesidad de entender el elevado número de fallecimientos por COVID-19 en la pandemia mundial declarada desde Diciembre de 2019, y cómo golpeó de forma distinta en los países de Europa. La hipótesis planteada fue que una menor inversión en el sistema de sanidad pública, el número de médicos por habitante y el número de camas hospitalarias disponibles para la población provocaron un mayor número de fallecidos tras la llegada de la COVID-19 a cada país estudiado. El objetivo fue analizar la relación entre el número de fallecimientos por COVID-19 en la pandemia mundial declarada desde diciembre de 2019 y las políticas e inversión sanitarias en los países de Europa.

Métodos: Se realizó un estudio de investigación en el que se analizaron un total de seis variables con datos oficiales y contrastados: gasto público en salud per cápita; médicos por cada 1.000 habitantes; número de camas por cada 1.000 personas; muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes; número de test para detectar COVID-19 por cada 1.000 habitantes; y Coeficiente GINI para medir el grado de desigualdad social en cada país. Se llevó a cabo en 30 países europeos. Se realizaron análisis de frecuencias y correlaciones (Pearson).

Resultados: Se encontraron 5 países, que fueron los que dieron valores por encima de 300 fallecidos por millón (datos de 27 de abril de 2020): Reino Unido; (305,39), Francia (350,16), Italia (440,67), España (495,99) y Bélgica (612,1). Precisamente, en los países que más muertes registraron (Reino Unido, Francia, Italia, España y Bélgica) a fecha de 27 de abril, no encontramos valores elevados de realización de TEST. En nuestros análisis, obtuvimos que a menos inversión de gasto público en salud (per cápita), se daba un mayor número de muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes, una menor cobertura en camas hospitalarias, y un menor número de doctores. Finalmente, comprobamos que a menor fue el gasto en salud pública, más alto era el coeficiente GINI (por tanto mayor desigualdad social).

Conclusiones: Se detecta un efecto negativo en término de muertes cuando la inversión en salud pública es menor. El mayor número de muertes por COVID-19 está correlacionado ($p<0,005$) con una mayor desigualdad social (coeficiente GINI) y con una menor inversión en salud pública ($p<0,001$). Esto ha incidido en el menor número de camas disponibles y una baja cobertura de médicos por cada 1.000 habitantes.

Palabras clave: COVID-19, Neoliberalismo, Sistemas sanitarios, Inversión pública, Fallecidos.

Correspondencia:
Evaristo Barrera-Algarín
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Pablo de Olavide
Carretera de Utrera, km. 1
41013 Sevilla, España
ebarralg@upo.es

ABSTRACT

COVID-19, neoliberalism and health systems in 30 european countries: relationship to deceases

Background: The study was motivated by the need to understand the high number of deaths caused by COVID-19 in the global pandemic declared since December 2019, and how it impacted differently in European countries. The hypothesis was that less investment in the public health system, the number of doctors per inhabitant and the number of hospital beds available to the population led to a higher number of deaths after the arrival of COVID-19 in each country studied. The objective was to analyze the relationship between the number of deaths from COVID-19 in the global pandemic declared since December 2019 and health policies and investment in European countries.

Methods: A research study was conducted in which a total of six variables were analyzed with official and contrasted data: public health expenditure per capita; doctors per 1,000 inhabitants; number of beds per 1,000 people; deaths from COVID-19 per million inhabitants; number of tests to detect COVID-19 per 1,000 inhabitants; and GINI Coefficient to measure the degree of social inequality in each country. It was carried out in 30 European countries. Frequency and correlation analyses were carried out (Pearson).

Results: Five countries were found, which gave values above 300 deaths per million (data from April 27, 2020): United Kingdom; (305.39), France (350.16), Italy (440.67), Spain (495.99) and Belgium (612.1). Precisely, in the countries that recorded the most deaths (United Kingdom, France, Italy, Spain and Belgium) on April 27, we did not find high values of TEST performance. In our analysis, we found that the lower the investment of public spending in health (per capita), the higher the number of deaths per COVID-19 per million inhabitants, the lower the coverage of hospital beds, and the lower the number of doctors. Finally, we found that the lower the expenditure on public health, the higher the GINI coefficient (thus greater social inequality).

Conclusions: A negative effect in terms of deaths was detected when investment in public health was lower; the higher number of deaths from COVID-19 was correlated ($p<0.005$) with greater social inequality (GINI coefficient) and with lower investment in public health ($p<0.001$); this had an impact on the lower number of available beds and low physician coverage per 1,000 inhabitants.

Key words: COVID-19, Neoliberalism, Health systems, Public investment, Deceased.

Cita sugerida: Barrera-Algarín E, Estepa-Maestre F, Sarasola-Sánchez-Serrano JL, Vallejo-Andrada A. COVID-19, neoliberalismo y sistemas sanitarios en 30 países de Europa: repercusiones en el número de fallecidos. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 28 de octubre e20201014.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (Hubei, China) notificó un conjunto de casos de neumonía. Posteriormente, se comunicó que estaban causados por un nuevo virus. El 5 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su primer informe sobre el brote epidémico relativo al nuevo virus. El 11 de marzo de 2020 la OMS determinó en su evaluación que la COVID-19 podía caracterizarse como una pandemia⁽¹⁾. A fecha de 13 de mayo de 2020 existían 4.013.728 casos confirmados⁽²⁾ en el mundo de COVID-19. Estos sucesos han cambiado el mundo y han impactado de forma desigual según los territorios, la incidencia del virus en los mismos y cuánto hubiesen estado preparados para su impacto los sistemas sanitarios de cada país.

En este sentido, y en concreto en la esfera europea, ha sido de vital importancia la tradición de inversión pública en los sistemas sanitarios, en función también de los llamados “Estados de Bienestar”, que desde los años 80 del siglo pasado se han ido desmantelando⁽³⁾. Tomamos como punto de partida la existencia de un determinado Estado de Bienestar, que como expone Hamzaoui⁽³⁾, tendrá dos papeles fundamentales en lo social: la corrección de disfunciones económicas, por el daño del crecimiento económico e industrial, y la consolidación de la cohesión social. Los problemas se presentarán cuando, a partir de la mundialización de la economía en las décadas siguientes y la territorialidad de las formas de acción social, asistamos a una desestabilización de la sociedad salarial⁽⁴⁾.

La reflexión sobre qué ha de ser Estado de Bienestar y cómo se debe desarrollar la política social se realizó en el marco de dos ideologías clásicas, en gran medida enfrentadas: el liberalismo y la socialdemocracia. Compartimos con Rodríguez Cabrero⁽⁵⁾ que el debate sobre

el Estado del Bienestar se ubica dentro de las coordenadas de esa pugna ideológica.

El actual auge del neoliberalismo implica, por definición, la reformulación del Estado del Bienestar, eliminando la igualdad como horizonte político y redefiniendo radicalmente las políticas públicas. El ataque que los sistemas sanitarios mundiales están sufriendo a consecuencia de esta pandemia conocida como COVID-19 no puede, por tanto, sustraerse de las transformaciones acaecidas en el Estado del Bienestar en las últimas décadas. Muchas de estas transformaciones, además, se aceleraron y agravaron en un contexto de crisis económica⁽¹⁷⁾. Harvey⁽⁶⁾ define neoliberalismo como una teoría de prácticas político-económicas que buscan el libre desarrollo de las capacidades y las libertades empresariales del individuo, con los derechos de propiedad privada, mercados libres y libertad de comercio como parte de un marco institucional protegido por el Estado.

El modelo económico neoliberal constituye una radicalización de los postulados del liberalismo clásico. Se apuesta así por una reducción de la intervención del Estado y la expansión del mercado. Se defiende igualmente una reducción del gasto público, en especial en áreas como la educación, la sanidad, pensiones, prestaciones por desempleo o los servicios sociales. La ideología neoliberal es una representación global de la sociedad, que surge a partir de la década de 1970 como reacción a la respuesta intervencionista estatal tras la Segunda Guerra Mundial.

Es precisamente tras la Segunda Guerra Mundial, y a lo largo del siglo XX, cuando los países europeos pusieron en marcha diferentes medidas de protección social para luchar contra la enfermedad y las consecuencias económicas catastróficas aparejadas. Sin embargo, desde la profunda crisis surgida en 2008 y hasta la actualidad, desde el punto de vista del derecho al

acceso a la sanidad, numerosos países europeos han ido apostando sistemáticamente por un recorte constante en la protección sanitaria de sus ciudadanos. Se ha producido bien mediante la renuncia del Estado a la cobertura universal de la sanidad, como puede ser el caso español tras la aprobación del *Real Decreto 16/2012*, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Figura 1
Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

La tendencia a la provisión privada de la sanidad se mantiene al alza desde la década de los 80, siempre bajo el amparo de entidades supranacionales tales como el Banco Central Europeo, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la propia Comisión Europea. Tales recortes están viéndose reflejados con claridad en la pandemia por COVID-19 que el planeta está atravesando, con consecuencias devastadoras para la protección financiera, la economía y, por supuesto, la salud y la vida de las personas.

Algunos autores llegan incluso a calificar esta tendencia política como la principal causa de enfermedad en los países europeos,

relacionando el índice de mortalidad con la clase socioeconómica de las personas⁽¹⁸⁾, siendo una clara prueba de ello cómo la COVID-19 ha afectado en mayor medida a personas inmigrantes en países como Estados Unidos y Australia⁽¹⁹⁾.

Desde el paradigma neoliberal se aboga por una retirada del Estado pero persisten determinados ámbitos en los que se justifica su acción. Recio⁽⁷⁾, en su obra *“La crisis del neoliberalismo”*, destaca tres áreas de intervención estatal promovidas por el neoliberalismo: Política económica, Sistema financiero y Liberalización de mercancías y servicios.

El paradigma neoliberal se ha expandido por todas las economías mundiales, las políticas de ajuste estructural, los recortes en el gasto social y en sanidad, acompañan a los procesos de mercantilización privatizando los servicios públicos, deteriorando los derechos sociales y las condiciones de vida de las clases populares. En palabras de McCloskey, el neoliberalismo, en lugar de poner la economía al servicio de los trabajadores, ha hecho que éstos actúen en beneficio del mercado⁽²⁰⁾. Frente a esta tendencia, Bourdieu, en su obra *“Contrafuegos 2”*, defendió la constitución de un movimiento social europeo que contrarrestara el poder de las fuerzas sociales que imponen el modelo neoliberal⁽⁸⁾. Para Barrera, Malagón y Sarasola⁽⁹⁾, se dan varias formas de privatización en el terreno industrial que han supuesto un cambio de propiedad, pero en los servicios públicos y sociales el efecto cambia. Hay que considerar la privatización en un sentido amplio, pues ésta no supone siempre un cambio de propiedad. Por ejemplo, en un centro sanitario el personal puede depender de una empresa privada, aunque los usuarios de la Seguridad Social no tengan que pagar por los servicios.

Desde la visión neoliberal, la política social debe consistir en una serie de medidas

compensatorias para suavizar los excesos iniciales de los ajustes macroeconómicos en algunos sectores de la población. De este modo, se deja de pensar la política social como un derecho legítimo en participar de la riqueza socialmente producida para el conjunto de la ciudadanía⁽¹⁰⁾. La política social dentro del neoliberalismo tiene un margen de actuación totalmente reducido, siendo incapaz de desarrollar las medidas necesarias para reincorporar socialmente a los sectores de la población marginados, impidiendo e, incluso, mercantilizando el acceso a servicios que debieran considerarse universales. Prueba de esto es el estudio realizado por Schulz, Williams, Israel y Bex⁽²¹⁾, donde especifican cómo en determinadas áreas de Estados Unidos, específicamente donde reside población de origen africano, el acceso a los servicios básicos es más precario, lo que conlleva que estas poblaciones sean un sector de riesgo ante cualquier tipo de problemática que aborde el país.

Siguiendo a Mora⁽¹⁰⁾, la política social en el contexto neoliberal atraviesa una “crisis identitaria”, que afecta tanto a su desarrollo como a su funcionamiento. Esta política social neoliberal gira en torno a tres ejes que claramente podemos comprobar en diferentes sistemas de salud a nivel mundial: Focalización, Asistencialismo y Descentralización.

Además, otra de las dificultades que debe enfrentar la política social en el contexto neoliberal es la cuestión de hacia dónde dirigir los servicios. Sin la presencia de un Estado sólido e intervencionista se abandona a su propia suerte a los sectores sociales más débiles, originando una profundización de la desigualdad, la pobreza y la exclusión social. Dado que el neoliberalismo implica una reducción de la función pública y la mercantilización de la vida social, las políticas de ajuste de corte neoliberal aplicadas desde la década de 1970 han convertido la pobreza extrema en una característica persistente y agudizada en la sociedad global⁽¹¹⁾.

El argumento neoliberal de que las capacidades competitivas de cada individuo le harán alcanzar lo necesario para su bienestar por sí mismo, se convierte en una falacia en este contexto. El modelo de desarrollo dominante, argumentan, descansa en dos pilares esenciales: cero subsidios o transferencias a los agentes productivos y cero déficits públicos. Ambos pilares son coherentes con la naturaleza de un modelo basado en el proceso de acumulación como único criterio de racionalidad, dejando fuera otro tipo de lógicas o motivaciones⁽¹¹⁾.

Es oportuno, a continuación, introducir el pensamiento de Foucault⁽¹²⁾, ya que nos ofrece importantes claves a través de las cuales podemos estudiar la política social y el Estado de Bienestar. Para Foucault, el nacimiento del Estado del Bienestar responde a un giro en la forma en que se ejerce el poder en el sistema capitalista, centrándose en el control sobre los cuerpos de los individuos. El cuerpo y la salud se convierten así en prioridades políticas, dando lugar al nacimiento de la “biopolítica”.

En concreto, en Alemania se desarrolló inicialmente una “medicina de Estado”, por la cual el interés por la salud tenía fines eminentemente bélicos. Posteriormente, se desarrolló lo que Foucault denomina “medicina urbana” en Francia. A diferencia del caso alemán, en el caso francés no fue el Estado quien promovió la medicina social a finales del siglo XVIII, sino el proceso de urbanización. En ese intento, la ciencia médica ocupa un lugar central, introduciendo, entre otras cuestiones, la noción de salubridad.

Sin embargo, la “medicina de la fuerza de trabajo” es la que finalmente se impone en el marco capitalista. A finales del siglo XVIII y principios del XIX en Inglaterra, se aprueban nuevas leyes de pobres que suponen un giro en la forma de gestionar y controlar a los pobres. Se desarrolla una versión inglesa de la medicina

social que configura una serie de dispositivos de control sobre los indigentes, los cuales se insertan en el sistema estatal de asistencia. Un factor importante es que Inglaterra fue el país en que la industrialización se estaba produciendo de manera más acelerada. El crecimiento numérico de la clase trabajadora urbana terminó convirtiéndose en una amenaza para las clases dirigentes. Esta medicina social británica introdujo mecanismos de control sobre la salud y el cuerpo de los trabajadores, para incrementar su productividad como fuerza de trabajo y reducir su amenaza desde el punto de vista epidemiológico.

Foucault⁽¹²⁾ afirma que el Plan Beveridge y los Estados del Bienestar modernos combinan elementos de estos tres tipos de medicina social: estatal, urbana y de la fuerza de trabajo.

Ante todo lo expuesto, se planteó la siguiente hipótesis: una menor inversión en el sistema de sanidad pública, el número de médicos por habitante y el número de camas hospitalarias disponibles para la población provocaron un mayor número de fallecidos tras la llegada de la COVID-19 a los distintos países europeos. A partir de aquí se procedió al desarrollo de un estudio de investigación con el siguiente objetivo: analizar la relación entre el número de fallecimientos por COVID-19 en la pandemia mundial declarada desde diciembre de 2019 con las políticas y la inversión sanitaria en los países de Europa.

SUJETOS Y MÉTODOS

Muestra. Se realizó una selección muestral a partir del listado de 194 países soberanos (países reconocidos por la Organización de Naciones Unidas -ONU-, con autogobierno y completa independencia). De este universo, se centró la selección en los países europeos como ámbito geográfico de estudio. De los 50 países ubicados en el continente europeo, se realizó

una selección atendiendo a los siguientes criterios: primero, debían ser países que tuvieran publicados de manera oficial sus datos referentes a muertes por COVID-19 y test realizados para la detección del virus. Segundo, debían tener publicados de manera oficial su inversión en sus respectivos sistemas de salud, la cobertura de camas y la cobertura de médicos para sus habitantes. Tercero, debían tener datos recientes de Coeficiente GINI. Tras aplicar estos criterios, se cerró la muestra en un total de 30 países (N=30) distribuidos en seis regiones de Europa: cuatro en el Sur (Italia, España, Portugal, y Grecia), ocho en Europa Central (Alemania, Polonia, Hungría, Eslovaquia, República Checa, Suiza, Austria y Eslovenia), cinco en el Norte (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega e Islandia), cuatro en Europa del Este (Rusia, Lituania, Letonia y Estonia), cuatro en el Sudeste (Bulgaria, Rumania, Serbia y Croacia) y, finalmente, cinco en Europa Occidental (Francia, Reino Unido, Holanda, Irlanda y Bélgica). Los datos de la muestra se tomaron a fecha de 27 de abril de 2020, por ser en ese momento cuando las curvas de los treinta países estaban en sus cifras más elevadas y permitían un mejor análisis.

Instrumentos y variables. El presente estudio se centró en el análisis de las siguientes variables:

- Gasto público anual en salud per cápita. Hace referencia a la inversión pública que cada país europeo destinó a sus sistemas sanitarios. Para poder comparar los distintos países, se utilizó un indicador per cápita para averiguar la inversión pública por ciudadano. Los datos se refirieron al año 2018. Los datos de los treinta países se obtuvieron del *European Centre for Disease Prevention and Control*⁽¹³⁾, que es una agencia oficial de la Unión Europea.

- Médicos (generalistas y especialistas) por cada 1.000 personas. Nos referimos al número de doctores por cada 1.000 habitantes y que

serven para dar cobertura sanitaria. Se utilizó un indicador que nos permitió medir esta cobertura entre distintos países. Los datos más actualizados fueron los referidos a 2016. Los datos de los treinta países se obtuvieron de *World Health Organization's Global Health Workforce Statistics*⁽¹⁴⁾.

– Camas por cada 1.000 personas. Las camas de hospital incluyeron camas para pacientes internos disponibles en hospitales públicos, privados, generales y especializados, y centros de rehabilitación. En la mayoría de los casos se incluyeron camas para cuidados agudos y crónicos. Se utilizó un indicador (por cada 1.000 personas) que nos permitió medir esta cobertura entre distintos países. Los datos más actualizados fueron los referidos a 2016. Los datos de los treinta países se obtuvieron de *World Health Organization's Global Health Workforce Statistics*⁽¹⁴⁾.

– Muertes COVID-19 por cada millón de habitantes. En este caso se calculó el número de fallecidos por COVID-19 a fecha cerrada de 27 de abril de 2020. Para obtener una medida comparable entre distintos países se utilizó un indicador vinculado a cada millón de habitantes del país de referencia. Se midió en término de “casos por cada millón de habitantes” por ser la forma en que se publicaban los datos de los treinta países, que se obtuvieron del *European Centre for Disease Prevention and Control*⁽¹³⁾.

– Número de test de COVID-19 por cada 1.000 personas. Se trató de medir el número de test de COVID-19 (en cualquiera de sus tipos) administrados por cada país a su población. Para poder comparar los datos de las distintas regiones y países se vincularon a un indicador que los relacionaba con cada 1.000 sujetos. Se utilizó el “número de test por cada 1.000 personas” por ser el marcador unificado de difusión de los datos a nivel internacional de la plataforma mundial *Our World in Data*⁽¹⁵⁾. Se marcó como fecha de referencia el 27 de abril de 2020.

– Desigualdad de ingresos (*Income Inequality*). Buscamos medir la desigualdad en cada país, para lo que tomamos como referencia la desigualdad de ingresos en su población. Por ello, utilizamos el Coeficiente de GINI. Se trata de un valor entre 0 y 1. Cuanto más cercana a 0 sea la cifra, se hablaría de sociedades más igualitarias. Cuanto más cercana a 1 sea la cifra, se trataría de mayor desigualdad. Rescatamos pues los datos referidos a 2017 (los más actualizados). Se obtuvieron de *OECD Social and Welfare Statistics*⁽¹⁶⁾. Este análisis de variables obtuvo una fiabilidad (Alpha de Crombach) de $r=0,720$.

Procedimiento. Tras la selección muestral se procedió a la localización de los distintos datos de cada variable de cada país haciendo uso de las siguientes bases de datos: *European Centre for Disease Prevention and Control*⁽¹³⁾; *World Health Organization's Global Health Workforce Statistics*⁽¹⁴⁾; *Our World in Data*⁽¹⁵⁾; *OECD Social and Welfare Statistics*⁽¹⁶⁾.

A partir de aquí se realizó una extracción pormenorizada de los datos referidos a cada uno de los países seleccionados muestralmente. Esta información fue volcada en el Software IBM SPSS Statistics 25, obteniendo un 95% ($p \leq 0,05$) en el nivel de significación.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo (frecuencias), de fiabilidad (Alpha de Crombach) y de correlaciones (Pearson) entre las distintas variables. También se generaron tablas cruzadas para comprender la relación de las variables entre sí, y con los distintos países y regiones europeas.

RESULTADOS

Atendiendo al análisis estadístico realizado pudimos analizar las distintas variables y averiguar cómo podían influirse. Todo nuestro estudio se basó en los datos descritos en la **tabla 1**, que expresa el resumen de los casos. En ella quedan representadas las seis variables

Tabla 1
Resumen de casos de los 30 países.

Países	Región de Europa	Muertes COVID-19 por cada millón de habitantes	Gasto Público en salud <i>per cápita</i> . 2018	Test COVID-19 por cada 1.000 personas	Doctor por cada 1.000 personas	Camas por cada 1.000 personas	Coficiente GINI de desigualdad
Grecia	Sur de Europa	12,47	813	5,82	6,25	4,21	0,319
Bulgaria	Sudeste europeo	8,06	280	3,89	4,00	7,45	0,339
Francia	Europa Occidental	350,16	3.278	9,06	3,24	5,98	0,292
Reino Unido	Europa Occidental	305,39	2.721	8,07	2,83	2,54	0,357
Suecia	Europa del Norte	217,24	4.273	9,38	4,19	2,22	0,282
Polonia	Europa Central	14,14	590	7,35	2,29	6,62	0,275
Hungría	Europa Central	28,98	625	6,82	3,09	7,02	0,289
Rumania	Sudeste europeo	31,60	336	7,04	2,67	6,89	0,351
Serbia	Sudeste europeo	22,93	259	7,39	2,46	5,61	0,340
Croacia	Sudeste europeo	13,40	625	7,97	3,13	5,54	0,293
Holanda	Europa Occidental	231,16	3.675	11,33	3,48	3,32	0,285
Eslovaquia	Europa Central	3,30	893	13,59	3,45	5,82	0,261
Finlandia	Europa del Norte	34,29	2.896	14,77	3,20	3,28	0,266
Portugal	Sur de Europa	88,56	1.185	22,75	4,43	3,39	0,320
España	Sur de Europa	495,99	1.617	22,29	3,87	2,97	0,333
Irlanda	Europa Occidental	220,14	3.472	22,83	2,96	2,96	0,295
Bélgica	Europa Occidental	612,10	3.168	18,38	3,01	5,64	0,263
República Checa	Europa Central	20,64	1.210	20,55	3,68	6,63	0,249
Rusia	Europa del Este	5,12	237	21,00	3,98	8,05	0,439
Italia	Sur de Europa	440,67	1.900	29,72	4,05	3,18	0,334
Suiza	Europa Central	154,37	5.464	29,17	4,25	4,53	0,293
Austria	Europa Central	60,18	3.379	26,48	5,23	7,37	0,275
Alemania	Europa Central	68,63	3.879	25,11	4,19	8,00	0,289
Eslovenia	Europa Central	39,44	1.288	24,39	2,82	4,50	0,243
Dinamarca	Europa del Norte	72,86	4.782	26,88	3,65	2,50	0,261
Lituania	Europa del Este	15,06	727	37,43	4,38	6,56	0,374
Letonia	Europa del Este	6,36	514	25,98	3,21	5,57	0,355
Estonia	Europa del Este	36,94	944	37,22	3,43	4,69	0,309
Noruega	Europa del Norte	35,06	6.055	30,15	4,38	3,60	0,270
Islandia	Europa del Norte	29,30	4.307	135,00	3,79	2,91	0,244

Fuente: Elaboración Propia.

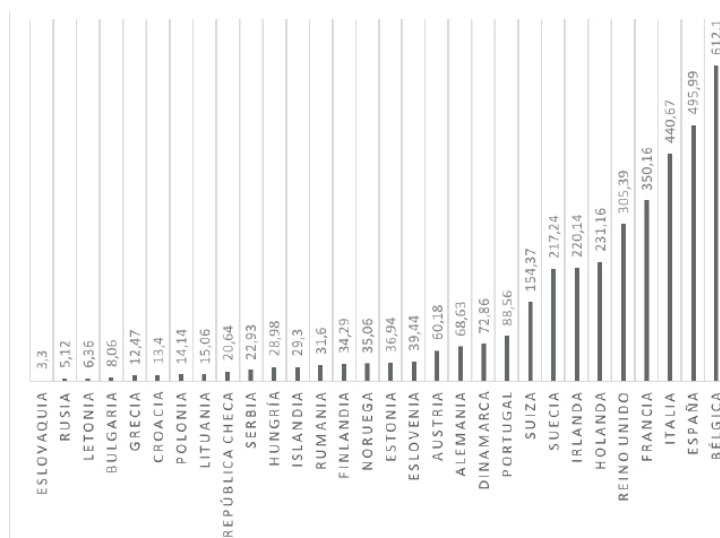
analizadas y su distribución por regiones europeas.

El impacto en muertes (por cada millón de habitantes que la COVID-19 tuvo en los treinta países de Europa) fue desigual. En la **figura 2** podemos apreciar un conjunto de cinco países, que son los que dieron valores por encima de 300 fallecidos por millón (datos de 27 de abril de 2020): Reino Unido (305,39), Francia (350,16), Italia (440,67), España (495,99) y Bélgica (612,1). Como vemos se trató especialmente de países de Europa Occidental y del Sur de Europa. Un segundo conjunto serían los países que dieron valores entre 100 y 300 fallecidos por millón de habitantes. Estos fueron: Suiza (154,37), Suecia (217,24), Irlanda (220,14) y Holanda (231,16). El resto de países ofrecieron valores por debajo de 100 fallecidos por millón

de habitantes (17 países). Este último grupo fue el que menos efectos negativos sufrió en términos de fallecimientos tras la llegada de la COVID-19. Pertenecen a Europa del Norte, Europa Central, Europa del Este y Sudeste europeo.

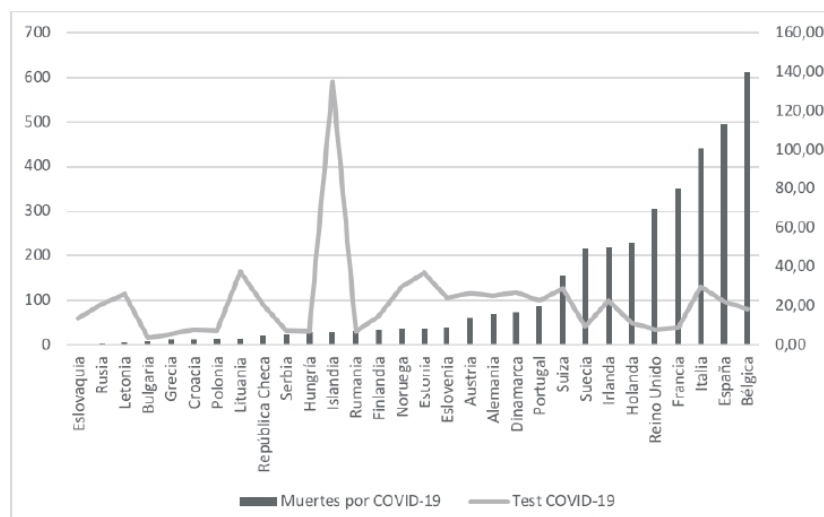
En referencia a la vinculación que pudiera existir entre el número de muertes por COVID-19 y su relación con el total de test administrados a su población, no encontramos una correlación estadística pero, como se aprecia en la **figura 3**, precisamente en los países que más muertes registraron (Reino Unido, Francia, Italia, España y Bélgica) a fecha de 27 de abril no encontramos valores elevados de realización de test. Recordemos que la inversión en estos test también son elementos vinculados al gasto público en salud.

Figura 2
Muertes COVID-19 por cada millón de habitantes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3
Muertes por COVID-19 y test realizados.



Fuente: Elaboración propia.

SI además nos apoyamos en los mapas de distribución de muertes por COVID-19 y de test realizados para su detección (figura 4), apreciaremos que hay ciertas similitudes en aquellas regiones y países que menos fallecimientos tenían y que más test habían realizado. Nos referimos de forma más particular a zonas de Europa Central y Norte de Europa.

A partir de aquí analizamos los datos haciendo uso de las correlaciones significativas que obtuvimos tras el análisis estadístico, para los que nos apoyamos en la tabla 2.

Como podemos observar, encontramos varias correlaciones significativas. La primera que deseamos destacar es la que se producía entre el gasto público en salud y el número de muertes por COVID-19 ($x^2=-0,49$; $p<0,001$). Esto nos indicaba que a menos inversión de

gasto público en salud (per cápita) encontramos un mayor número de muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes. Es decir, se producía un efecto negativo en término de muertes cuando la inversión en salud pública era menor. Lo podemos observar de forma más clara en la figura 5, donde se registran los países con mayor número de muertes y donde detectamos un recorte en Salud Pública, especialmente en España e Italia, en los sistemas sanitarios hasta 2018.

Otro de los elementos donde vemos existía una correlación significativa (tabla 2) es la que se producía entre el gasto en Salud Pública y la cobertura en camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes ($x^2=-0,483$; $p<0,001$). Ello nos dice que cuanto menor fue la asignación para Salud Pública, menor era el número de camas disponibles (de hospital, que incluían camas

Figura 4
Mapa de fallecimientos confirmados a 27 de abril de 2020.

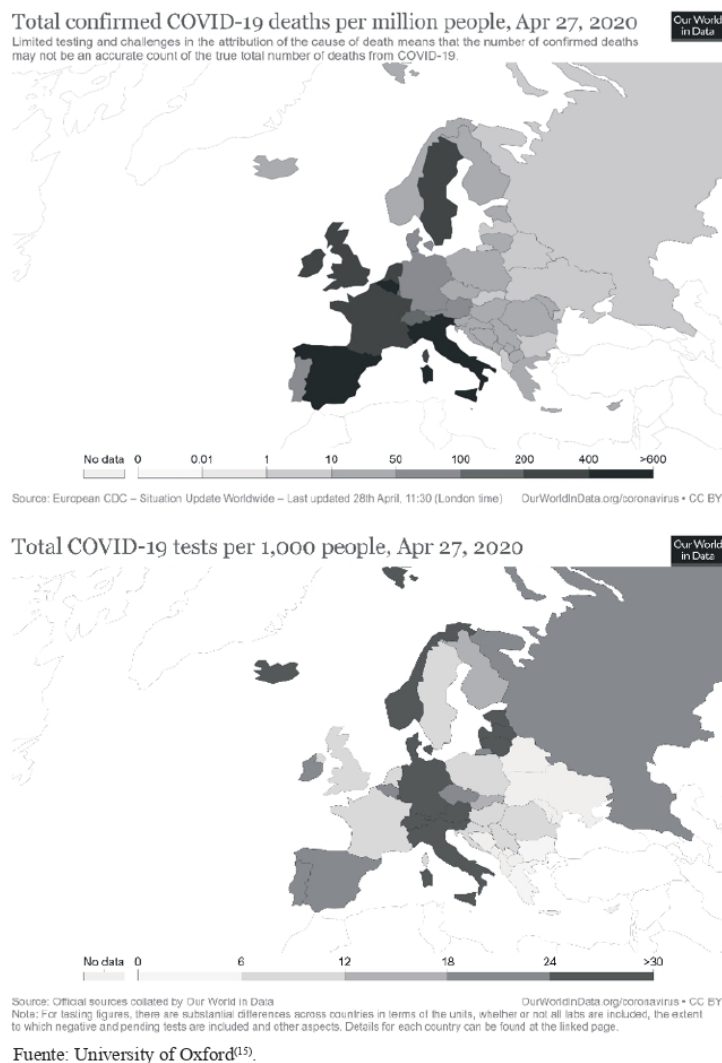
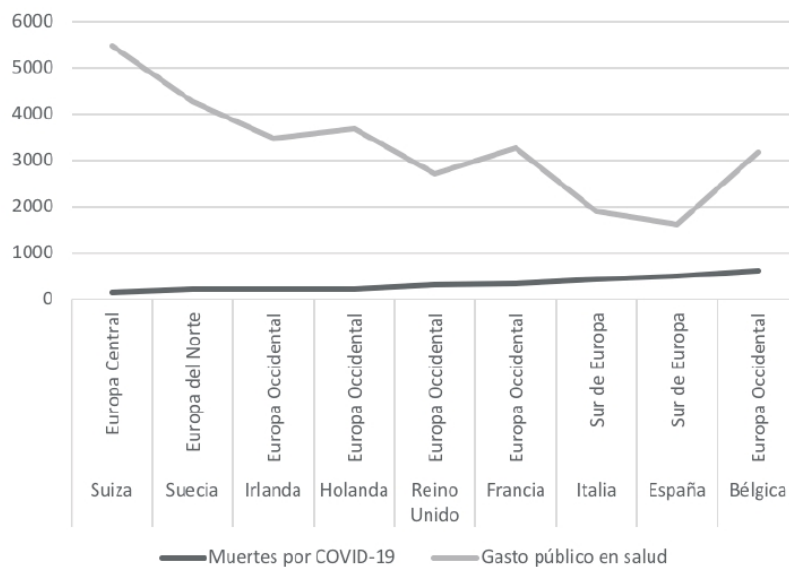


Figura 5
Relación entre los países con más muertes por COVID-19 y la inversión pública en salud.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2
Correlaciones entre las variables.

	1	2	3	4	5	6	7
Región de Europa	1						
Muertes COVID-19 por cada millón de habitantes	0,191	1					
Gasto Público en salud per cápita. 2018	0,024	-0,492(**)	1				
Test COVID-19 por cada 1.000 personas	-0,151	-0,082	0,329	1			
Doctor por cada 1.000 personas	0,300	-0,094	0,215	0,142	1		
Camas por cada 1.000 personas	0,048	-0,369(*)	-0,483(**)	-0,242	-0,037	1	
Coefficiente GINI de desigualdad	-0,017	0,370(*)	-0,489(**)	-0,223	0,079	0,255	1

(*) La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral); (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Fuente: Elaboración propia.

para pacientes internos disponibles en hospitales públicos, privados, generales y especializados, y centros de rehabilitación, siendo tanto camas para cuidados agudos como crónicos).

Además, este fenómeno quedaba vinculado al número de muertes por COVID-19 a través de la correlación significativa (tabla 2) entre la cobertura de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes y las muertes por COVID-19 ($\chi^2=-0,369$; $p<0,005$). Es decir, se evidenció que a menor número de camas hospitalarias disponibles para la población se registraba un mayor número de muertes por COVID-19. Este impacto quedó mayormente reflejado en países de Europa Occidental y, especialmente, en el Sur de Europa.

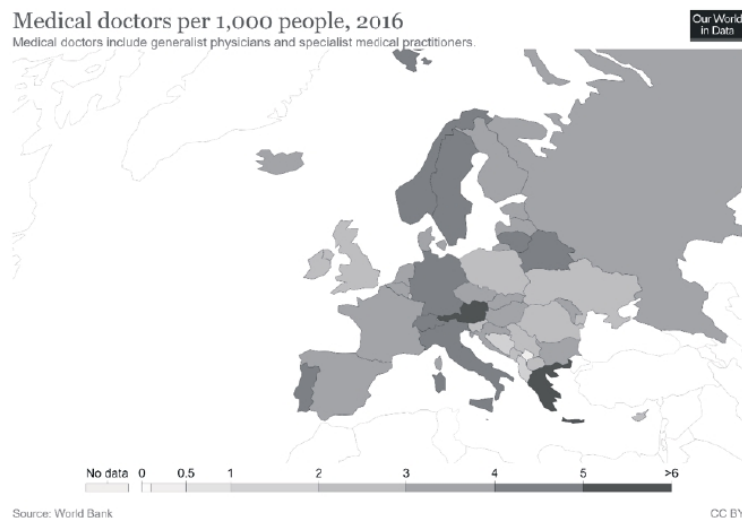
En relación a esto último, también se analizó la vinculación entre el número de doctores

por cada 1.000 habitantes (datos actualizados oficiales de todos los países a 2016) y su relación con las muertes por COVID-19. Si bien no encontramos una correlación estadística significativa (tabla 2), si apreciamos cierta relación de influencia.

Tal y como refleja la figura 6, fue en las zonas de Europa Occidental (especialmente en Reino Unido, Francia, Holanda o Bélgica) y en el Sur de Europa (en este caso, de manera más evidente, en España) donde se daba una coincidencia entre una baja cobertura de médicos por cada 1.000 habitantes y que se trataba de zonas con mayor número de muertes por COVID-19.

Por otro lado, obtuvimos también una correlación estadísticamente significativa (tabla 2) entre el Coeficiente de Desigualdad GINI y el número de muertes por COVID-19 ($\chi^2=0,370$;

Figura 6
Médicos por cada 1.000 habitantes.



Fuente: University of Oxford⁽¹⁵⁾.

$p < 0,005$). Cuanto mayor era el Coeficiente de GINI (recordemos que un coeficiente mayor implica una mayor desigualdad social), mayor número de muertes por COVID-19 se registraban. En este caso encontramos que la desigualdad (GINI) de un país estaba relacionada con la existencia de más muertes por COVID-19 o, dicho de otro modo, en sociedades más igualitarias se habían producido menos fallecimientos por COVID-19. Países como Eslovenia, Islandia, República Checa, Eslovaquia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Polonia o Austria presentaron coeficientes de GINI entre 0,243 y 0,275 (los más bajos de la muestra), y además mostraron cifras bajas de muertes por COVID-19 (entre tres y sesenta muertes por cada millón de habitantes). Por otro lado, estaban países como España, Italia, Reino Unido, o Francia, con coeficientes de GINI entre 0,292 y 0,357 (entre los más altos de la muestra) y tasas de muertes por COVID-19 de entre 350 a 495 por cada millón de habitantes.

Ahondando en esta relación, también encontramos una correlación estadísticamente significativa (tabla 2) entre este mismo Coeficiente GINI y el gasto en Salud Pública ($\chi^2 = -0,489$; $p < 0,001$). Cuanto menor era el gasto en Salud Pública, más alto era el coeficiente GINI (por tanto, mayor desigualdad social). Es decir, que el mayor número de muertes por COVID-19 en estos treinta países europeos estaba vinculado de manera correlacional con dos factores que a su vez también estaban correlacionados: con una mayor desigualdad social (coeficiente GINI) y con una menor inversión en Salud Pública.

DISCUSIÓN

El objetivo de analizar la relación entre el número de fallecimientos por COVID-19 en la pandemia mundial declarada desde diciembre de 2019 y las políticas e inversión sanitarias en los países de Europa, el cual nos propusimos desde un principio, se ve cumplido.

Se evidencian varias conclusiones a partir del estudio realizado. En primer lugar, en referencia a la vinculación que pueda existir entre el número de muertes por COVID-19 y su relación con el total de test administrados a su población, no encontramos una correlación estadísticamente significativa, pero como se apreciaba precisamente en los países que más muertes registran (Reino Unido, Francia, Italia, España y Bélgica) no encontramos valores elevados de realización de test. Recordemos que la inversión en estos test también es un elemento vinculado al gasto público en salud.

En segundo lugar, observamos que a menos inversión de gasto público en salud (per cápita), encontramos un mayor número de muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes. Es decir, se produce un efecto negativo en término de muertes cuando la inversión en salud pública es menor. Recordemos que desde la profunda crisis surgida en 2008 y hasta la actualidad, desde el punto de vista del derecho al acceso a la sanidad, numerosos países europeos han ido apostando sistemáticamente por un recorte constante en la protección sanitaria de sus ciudadanos. Esto se ha producido desde diferentes puntos de vista, ya sea mediante la renuncia del Estado a la cobertura universal de la sanidad, como puede ser el caso español tras la aprobación del *Real Decreto 16/2012*⁽²²⁾ que produjo la exclusión de la atención sanitaria para las personas en situación administrativa irregular, o con el aumento de la privatización de los recursos sanitarios, que transforman el concepto de ciudadano de derecho en el de ciudadano asegurado en el acceso a la protección sanitaria. Esto también concuerda con las reflexiones de Recio (2009), que vincula estos recortes y la privatización de la sanidad a la propia acción del Neoliberalismo, y a la convicción expuesta por el propio McCloskey⁽²⁰⁾. Vinculada a esta segunda conclusión está también el hecho de que cuanto menor es la asignación para Salud Pública, menor número de camas disponibles

hay (ello también se evidencia en nuestro estudio, pues a menor número de camas hospitalarias disponibles para la población se registra un mayor número de muertes por COVID-19). Y, también vinculada a esta segunda conclusión, igualmente se da una coincidencia entre una baja cobertura de médicos por cada 1.000 habitantes y que se trate de zonas con mayor número de muertes por COVID-19. Tanto la peor cobertura en camas, como en médicos, están en sintonía con las reflexiones de Recio (2009), o con la descripción de políticas de ajustes que Bourdieu⁽⁸⁾ achaca al Neoliberalismo, e igualmente con una constante de recortes y recursos escasos, como ya ha descrito Mora⁽¹⁰⁾.

En tercer lugar, el estudio evidencia que la desigualdad (GINI) de un país está relacionada con la existencia de más muertes por COVID-19 o, dicho de otro modo, en sociedades más igualitarias se producen menos fallecimientos por COVID-19. Coincidiendo con las reflexiones de Mora⁽¹⁰⁾ sobre los estilos de política neoliberal imperantes en Europa, las reflejadas en el estudio realizado por Schulz, Williams, Israel y Bex, y como describe Ibarra⁽¹¹⁾, estos estilos generan una profundización en la desigualdad, la pobreza y la exclusión social, convirtiendo la pobreza extrema en un fenómeno normalizado de la sociedad global. Vinculada a esta tercera conclusión, también está el hecho de que cuanto menor es el gasto en Salud Pública, más alto es el coeficiente GINI (por tanto, mayor desigualdad social). Es decir, que el mayor número de muertes por COVID-19 en estos treinta países europeos está vinculado de manera correlacional con dos factores que, a su vez, también están correlacionados entre sí: una mayor desigualdad social (coeficiente GINI) y una menor inversión en Salud Pública. Vuelven aquí a evidenciarse las aportaciones de Mora⁽¹⁰⁾ o Ibarra⁽¹¹⁾ sobre el Neoliberalismo, que se cruzan con los mismos principios expuestos

por Harvey⁽⁶⁾, donde siempre prima el ajuste estructural y, por supuesto, los recortes en sanidad⁽⁶⁾. Como vemos, una reducción en el gasto público y la sanidad pública, en esta crisis pandémica de la COVID-19, se traduce en un mayor número de muertes.

En este sentido podemos, podemos afirmar que se cumple la hipótesis: una menor inversión en el sistema de sanidad pública, el número de médicos por habitante y el número de camas hospitalarias disponibles para la población, provocaron un mayor número de fallecidos tras la llegada del COVID-19 a cada país estudiado. Todo ello sobre la base de los recortes sanitarios y la desigualdad social que conllevan.

Quizás sea necesario replantearse las líneas ideológicas y de política económica llevadas a cabo en la última década y, como expone Foucault⁽¹²⁾, redefinir y volver a acentuar la existencia de Estados de Bienestar poderosos y hegemónicos.

Las principales limitaciones del estudio fueron el problema de la publicación de datos oficiales, y el encontrar la actualización de datos en las mismas fechas. Hay que entender que cada país estaba publicando los datos, en muchas ocasiones en fechas y formatos distintos, lo que provocó que no se pudieran analizar el 100% de los países europeos, ni hasta fechas posteriores a las analizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS, <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline-covid-19>; [Consultada el 13 de 05 de 2020]
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Situación actual en COVID-19, <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>; [Consultada el 13 de 05 de 2020].

3. Hamzaoui M. Trabajo Social Territorizado. Las transformaciones de la acción pública en la intervención social. Valencia: NAU Libres. 2005.
4. Castel R. Las metamorfosis de la cuestión social. Barcelona: Paidós. 1997.
5. Rodríguez G. Estado de Bienestar y sociedad de bienestar. Realidad e Ideología. Barcelona, Icaria-Fuhem. 1991.
6. Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid, Akal. 2007.
7. Recio A. La crisis del Neoliberalismo. Revista de Economía Crítica, 2009; 7: 96-117. http://www.revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n7/5_la_crisis_del_neoliberalismo.pdf
8. Bourdieu P. Contrafuegos 2: Por un movimiento social europeo. Buenos Aires, Anagrama. 2001.
9. Barrera E, Malagón JL, Sarasola JL. La deconstrucción del Estado de bienestar: cambios en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales y aumento del voluntariado social. Cuadernos De Trabajo Social. 2013; 26(1): 115-126. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.39272
10. Mora A. Políticas macroeconómicas de estabilización y su incidencia en el bienestar económico y social en México (1983 – 2005). Méjico: EUMED. 2010.
11. Ibarra D. La erosión del orden neoliberal del mundo. Journal Economic Literature. 2013; 10(29): 3-11. DOI: 10.1016/S1665-952X(13)72192-3
12. Foucault M. Estrategias de poder. Barcelona: Paidós. 1999.
13. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic> [Consultada el 30 de 04 de 2020].
14. WHO. World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> [Consultada el 30 de 04 de 2020].
15. University of Oxford. Coronavirus Pandemic (COVID-19), <https://ourworldindata.org/covid-testing#source-information-country-by-country> [Consultada el 30 de 04 de 2020].
16. OECD. Income inequality. Gini coefficient, <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm> [Consultada el 30 de 04 de 2020].
17. Estepa F, Roca B. Individual and Family Strategies of Beneficiaries of Minimum Income Schemes. A Qualitative Inquiry. Journal of Social Service Research. 2018; 44 (3): 414-424.
18. Laster WN. Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Inequities in the United States. Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education. 2020; 47(4):504–508.
19. Van Bameveld K, Quinlan M, Kriesler P, Junor A, Baum F, Chowdhury A, Junankar P, Clibborn S, Flanagan F, Wright CF, Friel S, Halevi J, Rainnie A. The COVID-19 pandemic: Lessons on building more equal and sustainable societies. The Economic and Labour Relations Review. 2020; 31(2): 133–157.
20. McCloskey S. Covid-19 has exposed neoliberal-driven development: how can development education respond? Policy & Practice: A Development Education Review. 2020; (30).
21. Schulz AJ, Williams DR, Israel BA, Lempert LB. Racial and spatial relations as fundamental determinants of health in Detroit. Milbank Quarterly. 2020; 80(4): 677–707.
22. BOE (Boletín Oficial del Estado). Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE. 2012; 98.

Otras aportaciones 3

Innovación en Gerontología y la importancia de su enseñanza en
ámbitos universitarios

Eloy López Meneses
Almudena Barrientos Báez
David Caldevilla Domínguez
Beatriz Peña Acuña (coords.)

Innovación universitaria: reformulaciones en la nueva educación

universidad

Octaedro 

Innovación universitaria:
reformulaciones en la nueva educación

Eloy López-Meneses, Almudena Barrientos-
Báez, David Caldevilla-Domínguez
y Beatriz Peña-Acuña (coords.)

Innovación universitaria: reformulaciones en la nueva educación

Octaedro 

Colección Universidad

Título: *Innovación universitaria: reformulaciones en la nueva educación*

Primera edición: abril de 2021

© Eloy López-Meneses, Almudena Barrientos-Báez, David Caldevilla-Domínguez y Beatriz Peña-Acuña (coords.)

© De esta edición:
Ediciones OCTAEDRO, S. L.
C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
[http: www.octaedro.com](http://www.octaedro.com)
e-mail: octaedro@octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-18615-82-5

Maquetación: Fotocomposición gama, sl
Diseño y producción: Octaedro Editorial

Sumario

1. Grado en Turismo: una reformulación educativa.	9
ALMUDENA BARRIENTOS-BÁEZ; DAVID CALDEVILLA-DOMÍNGUEZ Y BEATRIZ PEÑA-ACUÑA	
2. El lenguaje digital como base para la innovación universitaria con tecnologías. Evidencia desde la bibliometría	23
ESTEBAN VÁZQUEZ-CANO; JOSÉ GÓMEZ-GALÁN; CÉSAR BERNAL-BRAVO Y ELOY LÓPEZ-MENESES	
3. El uso de <i>edublogs</i> para el acompañamiento y tutorización del alumnado en educación superior: una experiencia en tiempos de pandemia	41
IRENE MOYA-MATA Y JORGE LIZANDRA	
4. La formación dual como estrategia ecológica de inserción laboral en la educación universitaria.	57
MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ; MARÍA DOLORES PÉREZ ESTEBAN; ANTONIO LUQUE DE LA ROSA Y JOSÉ JUAN CARRIÓN MARTÍNEZ	
5. Las metodologías activas y su utilización en la enseñanza universitaria online	71
ÁLVARO PÉREZ GARCÍA	

6. Productos creativos multimedia para la enseñanza en educación superior: un caso en Educación Comparada.	85
SANTIAGO MENGUAL ANDRÉS Y MIRIAM LORENTE RODRÍGUEZ	
7. Competencia digital docente y discapacidad en la universidad.	103
JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ-BATANERO; PEDRO ROMÁN-GRAVÁN; JOSÉ FERNÁNDEZ-CERERO Y ELOY LÓPEZ-MENESES	
8. El trabajo fin de grado en carreras de ciencias sociales: estado y oportunidad de un replanteamiento.	119
JOSÉ JUAN CARRIÓN MARTÍNEZ; ISABEL MARÍA ROMÁN SÁNCHEZ; MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y CRISTINA PINEL MARTÍNEZ	
9. Gamificación en MOOCS: resultados de su aplicación en la innovación universitaria.	133
BÁRBARA CASTILLO-ABDUL; LUIS M. ROMERO-RODRÍGUEZ Y MARÍA SOLEDAD RAMÍREZ-MONTOYA	
10. Adquisición de competencias y capacidades profesionales para una nueva visión en la educación superior.	149
MÓNICA VIÑARÁS ABAD; JOSÉ RODRÍGUEZ TERCEÑO Y JUAN ENRIQUE GONZÁLEZ VALLÉS	
11. Innovación en Gerontología y la importancia de su enseñanza en ámbitos universitarios	163
JOSÉ LUIS SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO; ALBERTO SARASOLA FERNÁNDEZ; ANA VALLEJO ANDRADA Y ALICIA ROIZ VÁZQUEZ	
Sobre los coordinadores	181

Innovación en Gerontología y la importancia de su enseñanza en ámbitos universitarios

JOSÉ LUIS SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO,¹ ALBERTO SARASOLA FERNÁNDEZ,²
ANA VALLEJO ANDRADA³ Y ALICIA ROIZ VÁZQUEZ⁴

¹Universidad Pablo de Olavide, jlsarsan@upo.es

²Universidad Nacional de Educación a distancia, albsarasola@sevilla.uned.es

³Universidad Pablo de Olavide, avaland@upo.es

⁴Universidad Pablo de Olavide, aliciaroizvazquez@gmail.com

1. Introducción

Según la IFSW¹ «el trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar» (IFSW, 2017). Es una disciplina que ha sabido dar respuesta a las demandas que su sociedad y su tiempo le ha exigido. El Trabajo Social, es una disciplina con capacidad de adaptación y mutación a las necesidades de investigación e intervención que su tiempo le impone y sin perder su esencia. Por ello busca un desarrollo constante de sus funda-

1. International Federation of Social Work (IFSW) o Federación Internacional de Trabajo Social (FITS).

mentos teóricos y de la investigación, así como las teorías de otras ciencias como la pedagogía social, las ciencias de la administración, la antropología, la ecología, la economía, la educación, la enfermería, la psiquiatría, la psicología, la salud pública y la sociología. La singularidad de las investigaciones y teorías del trabajo social es que son aplicadas, que buscan la transformación del entorno en parámetros de mejora de la calidad de vida y bienestar de quienes se encuentran en él.

Para McNutt (2017) el trabajo social es en gran parte un producto de la misma revolución industrial que creó el estado del bienestar y la sociedad industrial. Como señalan Garvin y Cox (2011), la industrialización llevó al sistema fabril, con la necesidad de un gran número de trabajadores concentrados, y posteriormente creó inmigración masiva, urbanización y una serie de problemas consecuentes. El trabajo social fue una respuesta a muchos problemas urbanos. Cada cambio en el entorno social ha generado nuevas necesidades y situaciones sociales que han requerido de la pericia y saber hacer del Trabajo Social. Ahora hablamos de 'Revolución Tecnológica', donde la Gerontología, como el Trabajo Social también ha de adaptarse.

La enseñanza para que sea un recurso eficiente y marquen unas pautas mínimas de profesionalidad en el futuro, deben de adaptarse a las nuevas necesidades, así como a las nuevas herramientas.

Por ello es de vital importancia que apliquemos estas nuevas técnicas de desarrollo profesional a la enseñanza superior impartida en el entorno universitario, tanto en grados como en enseñanzas de postgrado que se basen en conocimientos del campo de la gerontología.

Es por esto por lo que la renovación y adaptación de los conocimientos de las distintas materias universitarias debiera ser una obligación docente que contraigan los centros de enseñanza a fin de que su alumnado reciba una formación completa y constante innovación.

Dicha adaptación bien se puede considerar que se desarrolla en un marco de innovación y renovación universitaria, que durante este capítulo proponemos que se desarrolle mediante una actualización conceptual sobre la Telegerontología.

2. Nuevas tecnologías y gerontología

Para Tejedor y Valcárcel (1996), las nuevas tecnologías han supuesto la llegada de la tecnología digital, y con ella la informatización y el mundo de los ordenadores personales, así como la aparición de las telecomunicaciones. Para la Gerontología, esta realidad es muy evidente, y ya son difíciles entender nuestras intervenciones e investigaciones sin las conexiones y el acceso a la información que nos permiten las redes y las nuevas tecnologías en general. Para la National Association of Social Workers, y la Association of Social Work Boards (NASW y BASW, 2005, págs. 18-20), estas nuevas tecnologías suponen un modo de comunicación e información, donde podemos operar con la información para adquirirla, transmitirla o almacenarla. Para ello tenemos a nuestra disposición la informática y sus diversos formatos y soportes, teléfonos inteligentes, asistentes digitales personales, y un largo etcétera. En cualquier caso, suponen un conjunto de técnicas y procedimientos que permiten al trabajador social, a través de soportes sustentados en hardware, software o telecomunicaciones, la capacidad de articular actividades, decisiones o elecciones.

Las nuevas tecnologías suponen un cambio a niveles cuantitativos y cualitativos en todos los niveles sociales, que evidentemente es necesario integrar en la Gerontología y sus funciones. Por ello, en 2005 se crea un documento que vincula la tecnología y la práctica de la Gerontología (NASW y BASW, 2005, pág. 3), que adaptamos de las ciencias sociales (trabajo social) a la Gerontología y que sirve para regular cualquier actividad mediada electrónicamente que se utiliza en la Gerontología, de manera que sea lo más competente y ética posible. Este documento propone las siguientes indicaciones para la práctica profesional:

- Norma 1. Ética y valores: Los Gerontólogos que prestan servicios por teléfono u otros medios electrónicos deben actuar éticamente, garantizar la competencia profesional, proteger a los clientes y defender los valores de la profesión.
- Norma 2. Acceso: Los Gerontólogos tendrán acceso a tecnología y sistemas de apoyo adecuados para garantizar la práctica competente y tomarán medidas para garantizar el acceso de los clientes a la tecnología.

- Norma 3. Competencia Cultural y Poblaciones Vulnerables: Los Gerontólogos seleccionarán y desarrollarán métodos y técnicas en línea adecuadas que estén en sintonía con las experiencias culturales, biculturales o marginales de sus clientes en sus ambientes. En la lucha por la competencia cultural, los Gerontólogos tendrán las habilidades para trabajar con un rango de personas que son culturalmente diferentes o que pueden ser considerados como miembros de una población vulnerable, como las personas con discapacidades y la minoría racial, étnica y sexual, y aquellos cuyo idioma principal no puede ser el inglés (o en su defecto, el idioma mayoritario de la sociedad en la que se encuentre).
- Norma 4. Competencias técnicas: Los Gerontólogos serán responsables de llegar a dominar las habilidades tecnológicas y las herramientas necesarias para una práctica competente y ética, así como buscar la formación y la consulta adecuadas para mantenerse al día con las tecnologías emergentes.
- Norma 5. Competencias reglamentarias: Los Gerontólogos que utilicen medios telefónicos u otros medios electrónicos para prestar servicios deberán atenerse a toda reglamentación de su práctica profesional, entendiendo que su práctica puede estar sujeta a la reglamentación en la jurisdicción en la que el cliente recibe servicios, así como la jurisdicción en la que el trabajador social presta servicios.
- Norma 6. Identificación y verificación: Los Gerontólogos que utilicen medios electrónicos para prestar servicios deberán presentarse ante el público con exactitud y hacer esfuerzos para verificar la identidad del cliente y la información de contacto.
- Norma 7. Privacidad, confidencialidad, documentación y seguridad: Los Gerontólogos deben proteger la privacidad del cliente cuando usan la tecnología en su práctica y documentar todos los servicios, tomando medidas especiales para proteger la información del cliente en el registro electrónico.
- Norma 8. Gestión del riesgo: Los Gerontólogos que prestan servicios mediante el uso del teléfono u otros medios electrónicos deben garantizar prácticas y procedimientos de calidad que sean legalmente sólidos y éticos para proteger a los clientes y protegerse contra los litigios. (NASW y BASW, 2005, págs. 4-11)

- Norma 9. Competencias para la Práctica: Estas competencias quedan descritas en la tabla 1.

Tabla 1: Competencias de la práctica profesional del Trabajo Social y las tecnologías emergentes.

Norma	Competencia	Descripción	Fuente
9-1.	Defensa y Acción Social	Los trabajadores sociales utilizarán la tecnología para informar y movilizar a las comunidades sobre las políticas que beneficiarán a individuos y grupos y procurarán proveer herramientas, oportunidades e información para que los clientes puedan abogar directamente por sus propios intereses.	(NASW y BASW, 2005, págs. 11-12)
9-2.	Práctica en la comunidad	Los trabajadores sociales deben abogar por la adopción y uso de tecnologías relevantes que mejoren el bienestar de las comunidades.	(NASW y BASW, 2005, págs. 12-13)
9-3.	Práctica Administrativa	Los trabajadores sociales se mantendrán informados sobre la tecnología para mejorar los programas de calidad y la prestación de servicios, invertirá y mantendrá dichos sistemas y establecerá políticas para asegurar el acceso, la seguridad apropiada y la privacidad en los sistemas de información de su institución.	(NASW y BASW, 2005, págs. 13-14)
9-4.	Competencias clínicas	Los trabajadores sociales se esforzarán por hacerse y permanecer informados sobre la dinámica de las relaciones en línea, las ventajas y los inconvenientes de las interacciones no presenciales y las formas en que la práctica del trabajo social basada en la tecnología puede llevarse a cabo de manera segura y apropiada.	(NASW y BASW, 2005, págs. 14-15)
9-5.	Investigación	Los trabajadores sociales que realizan, evalúan, difunden o implementan investigaciones usando enfoques tecnológicos, deben hacerlo de una manera que asegure credibilidad ética y asegure el consentimiento informado del participante.	(NASW y BASW, 2005, págs. 15-16)
9-6.	Supervisión	Cuando se utilicen o proporcionen supervisión y consulta a través de medios tecnológicos, los supervisores de trabajo social y los supervisados deberán seguir las normas que se aplicarán a una relación de supervisión cara a cara y serán competentes en las tecnologías utilizadas.	(NASW y BASW, 2005, págs. 16-17)

Fuente: Elaboración propia a partir de NASW y BASW (2005).

Dentro de la Gerontología hay una fuerte reacción ante las tecnologías emergentes, gran parte de esta negativa. No todo avance tecnológico, o aplicación del mismo, genera necesaria-

mente beneficios o, mejor dicho, exclusivamente beneficios. De hecho, existen innumerables maneras en que la tecnología y la brecha digital acentúan aún más los problemas de la exclusión social, la marginación y la falta de poder (Rasmussen, 2015).

Watling y Rogers afirman que Internet es un reflejo de los patrones actuales de exclusión y marginación. Un ejemplo mismo son las barreras para acceder a los recursos digitales. Algunas de estas barreras incluyen costos excesivos, falta de habilidades y acceso a la capacitación, y un ajuste pobre entre el diseño y su uso con poblaciones desfavorecidas. «Excluirse digitalmente supone cada vez más marginación de las formas de trabajo convencionales, con el peligro de que la discapacidad digital se convierta en una nueva categoría de exclusión social del siglo XXI» (Watling y Rogers, 2012, pág. 7). Como vemos, incluso aquí, en el acceso a la tecnología es necesario la Gerontología y la aplicación de sus principios profesionales.

En cualquier caso, el Trabajo Social puede utilizar la tecnología de muchas formas, como por ejemplo el uso de bases de datos dentro de nuestros lugares de trabajo, y su entramado de aplicaciones y utilidades en el uso y almacenamiento de la información que genera la cotidianeidad de la disciplina. Esto implicaría, la planificación de casos, las evaluaciones, etc., todos lo que se pueda hacer electrónicamente (Christenson, 2017).

El uso de la tecnología también cambia la Gerontología. Por ejemplo, podemos prestar servicios, aunque nuestro cliente o usuario está alejado de nosotros (de manera no presencial). Imaginemos el acceso de la Gerontología a las áreas tradicionalmente incomunicadas, dispersas, en zonas rurales de difícil acceso. O incluso el acceso de la Gerontología a redes de recursos, información, contacto con entidades públicas, privadas, etc.

Al mismo tiempo, también crea una nueva área de preocupación ética. Así como la intervención cara a cara requiere límites éticos, también lo hace el uso de la tecnología (incluyen Internet, datos y seguridad del teléfono móvil, entre otros).

Para Belluomini (2017), hay tres enfoques del proceso integrador de la tecnología en la práctica del trabajo social: proactivo, reactivo y rechazado.

En cualquier caso, para Bryant, Garnham, Tedmanson y Diamandi (2015), consideran el uso de las tecnologías emergentes como una solución rentable para superar el aislamiento social y

la privación de recursos para llegar a las personas vulnerables con el fin de proporcionar servicios psicosociales y apoyar el uso de personal y conocimientos ubicados en los centros urbanos.

3. Telegerontología un nuevo ámbito de innovación

Si queremos hablar de Telegerontología, necesariamente hemos de observar las aportaciones y experiencias que ya tenemos desde la telemedicina y la teleasistencia.

La telemedicina supone un claro ejemplo de lo que la Gerontología está comenzando a desarrollar.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la telemedicina es «el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven» (WHO, 2010, pág. 9).

La Telegerontología parte de la evolución que ya otras profesiones han venido realizando para adaptarse a las posibilidades que ofrece un mundo digitalizado. Para West y Heath (2011), estas incluirían a la psicología, la enfermería, la farmacología y la medicina. Las disciplinas orientadas a la salud física, incluida la medicina, la enfermería y las especialidades de salud, han estado a la vanguardia en el desarrollo y la implementación de aplicaciones de telesalud que usan las TIC para proporcionar consultas, recomendar tratamiento y monitorear remotamente la información de salud para pacientes socialmente aislados (Bryant, Garnham, Tedmanson, y Diamandi, 2015, pág. 5). La Gerontología se encuentra inserto en todos estos aspectos. Tendríamos que hablar también de Telegerontología (2002, pág. 153), casi cualquier cosa que un trabajador social hace cara a cara podría teóricamente ser hecho en línea.

Pensamos que la tecnología también se utiliza directamente en el tratamiento del cliente y nos puede ofrecer infinitas posibi-

lidades. Podemos usar cámaras de video para todo, desde visitas de seguimiento con clientes hasta la realización de entrevistas a distancia. También podemos usar texto y correo electrónico para actualizaciones de servicio y para programar citas, y podemos usar medios sociales para actualizaciones. O como dice Christenson, podemos hacer uso incluso de Facebook u otras redes como soporte o ayuda a nuestras tareas. (Christenson, 2017)

Pero la Telegerontología no es sólo una cuestión de usar la tecnología directamente en la práctica. También podemos utilizar la tecnología para comprender la que utilizan los clientes, y especialmente en cómo la utilizan. Esto es importante para entender cómo puede afectarlos. Por ejemplo, los adolescentes pueden usar diversas formas de tecnología para intimidar, especialmente los medios de comunicación social, o los adultos pueden encontrarse frente a reacciones emocionales a las cosas que encuentran en línea. Los gerontólogos necesitan estar al día para entender cómo la tecnología afecta a su clientela (Christenson, 2017). Como hemos descrito anteriormente, la NASW (Asociación Nacional de Trabajadores Sociales norteamericana) tiene estándares de práctica profesional para la integración y el uso de tecnología que es fundamental para que los trabajadores sociales gerontólogos generalistas avanzados se integren en la práctica.

En este sentido, Reamer (2015a), nos dice que las distintas tecnologías electrónicas han transformado la naturaleza de la práctica de Gerontología y la educación. Los gerontólogos contemporáneos pueden prestar servicios a los clientes mediante el asesoramiento en línea, la asesoría telefónica, el asesoramiento por vídeo, la ciberterapia (terapia de avatar), las intervenciones basadas en la Web auto guiadas, las redes sociales electrónicas, el correo electrónico y los mensajes de texto. La introducción de diversas formas digitales, en línea y otras formas de servicios sociales electrónicos ha creado también una amplia gama de problemas éticos que el trabajador social ha de afrontar: el consentimiento informado del cliente; privacidad y confidencialidad del cliente; límites y relaciones duales; conflictos de interés; competencia profesional; registros y documentación; y las relaciones colegiales. (Reamer, 2015b).

Pero ¿cómo podemos definir la Telegerontología? La Telegerontología se puede entender como la aplicación de la telemática a la gerontología. La telemática es la aplicación de las técnicas

de la telecomunicación y de la informática a la transmisión de información computerizada. Hablaríamos entonces de que la Telegerontología es la aplicación de las técnicas de la telecomunicación, de la informática y la transmisión de información computerizada a la gerontología.

También podríamos entender la Telegerontología como la prestación de servicios de Gerontología a distancia, haciendo uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.²

4. Formas de Telegerontología

Las modalidades de Telegerontología son muy variadas. En general, la Telegerontología se podría utilizar en todos aquellos casos en los que el Gerontólogo, indistintamente del contexto laboral en el que se encuentre (Salud, Servicios Sociales, Residencias de personas mayores, Centros de día, Centros de envejecimiento activo, Servicios de Información a personas mayores...) no puede acceder al usuario y/o cliente, por imposibilidad geográfica, porque no hay servicios cerca de estos ciudadanos, por problemas presupuestarios, o por necesidades de atención urgente.

Para la NASW (2017), la Telegerontología ofrece a los clientes una amplia gama de enfoques de tratamiento. En algunas prácticas clínicas de gerontología las sesiones telefónicas o a través del uso de otras tecnologías se ofrecen como un complemento a una relación terapéutica principalmente cara a cara, disponible cuando el transporte o las emergencias de vida impiden que los clientes asistan a sus visitas programadas a la oficina.

En algunos casos, la Telegerontología se puede utilizar como el principal modo de tratamiento para clientes específicos, como las personas mayores con problemas de movilidad, o los clientes rurales con edad con barreras de transporte. Incluso, se podrían trabajar con Grupos de autoayuda, aunque según nos indica la NASW (2017), aún se están probando la eficacia de esta forma de trabajar.

En síntesis, podríamos hablar de distintas formas de Telegerontología:

2. Modelo de telepresencia desarrollado en el Tecnológico de Monterrey. <https://www.youtube.com/watch?v=Wnaqvq84Zjk>

- Tele entrevista
- Tele entrevista terapéutica
- Orientación e información a clientes y/o usuarios
- Encuentros de coordinación y /o supervisión con equipos y otros profesionales
- Tele gestión de recursos
- Teleformación
- Y en general, actividades de Telepresencia que, a través del uso de tecnologías, permitan al Trabajador social acceder en la distancia a sus usuarios, clientes, grupos de trabajo o incluso instalaciones de forma remota.

¿Desde dónde se podría hacer la Telegerontología? La Telegerontología se podría hacer desde:

- Despacho del gerontólogo
- Sala de terapia
- Sala de formación
- En el domicilio del cliente o usuario
- Salas de reuniones con profesionales
- Instalaciones de cualquier centro o equipamiento (especialmente pensado para telepresencia a través de Robot)
- E incluso desde la vivienda del gerontólogo (concepto de Telegerontología en sentido estricto).

5. Ventajas e inconvenientes del Telegerontología y su aplicación al ámbito de la enseñanza universitaria.

Es evidente que el uso de las tecnologías para poder hacer Telegerontología presenta sus ventajas e inconvenientes. McCarty y Clancy (2002) ya nos indicaban que este fenómeno plantea oportunidades y problemas para la Gerontología. Las visitas domiciliarias con un gerontólogo en un lugar y un paciente en otro, la terapia en Internet y la transmisión de expedientes de pacientes a través de fronteras estatales y nacionales plantean importantes cuestiones éticas y legales. Indudablemente, todo ello afecta a la práctica de la Gerontología, y a las cuestiones éticas y

de relación que se pueden producir. De hecho, encontramos estudios sobre el uso de estas tecnologías que permiten la telepresencia, tanto a favor como en contra (ver tabla 2).

Tabla 2: Estudios a favor y en contra del uso de tecnologías que permiten la telepresencia.

En contra		A favor	
Autor	Estudio	Autor	Estudio
(Rees, Stone, y Kenkel, 2005)	Expresan temores de que la alianza terapéutica (entre el cliente y el profesional) se verá afectada	(Dunstan y Tooth, 2012) , (Griffiths, Farrer, y Christensen, 2010) , (Richardson, 2012)	Han mostrado resultados positivos en términos del bienestar subjetivo de los clientes y, en algunos casos, mejores resultados que los que se esperaban para la prestación de servicios cara a cara
(Jerome, Zaylor, Deleon, y Kenkel, 2000)	Los mensajes no verbales serán difíciles de detectar o interpretar	(Simpson, Rochford, Livingstone, English, y Austin, 2014)	También han mostrado resultados positivos en términos del bienestar subjetivo de los clientes y, en algunos casos, mejores resultados que los que se esperaban para la prestación de servicios cara a cara.
(Rees y Haythornthwaite, 2004)	El funcionamiento del equipo de TIC será problemático	(Simpson, Guerrini, y Rochford, 2015)	Métodos mixtos de psicoterapia realizado por videoconferencia reveló altos niveles de satisfacción, comodidad, seguridad y control del cliente con la telepresencia.

Fuente: Elaboración propia.

En el caso concreto de la utilización de las tecnologías que permiten la telepresencia en Gerontología (Telegerontología), autores como Bryant, Garnham, Tedmanson, y Diamandi (2015) han demostrado sus beneficios, por ejemplo, en el caso Australiano. Baca (2008), o Callahan e Inckle (2012), argumentaron que el uso de la tecnología hace que algunos clientes puedan sentirse emocionalmente más seguros y capaces de involucrarse en temas sensibles o emocionalmente angustiosos dado el mayor grado de anonimato y confidencialidad que ofrecen algunas plataformas TIC. En Gerontología, será de especial importancia atender elementos referentes a la brecha digital, muchas veces

vinculada a aspectos de clase, sociodemográficos, etc., que pueden impedir a determinados colectivos el acceso a tecnologías que faciliten la telepresencia. «Las formas de entender y superar esta brecha digital provocan preocupaciones éticas centrales a la profesión del gerontólogo y a las cuales el desarrollo y la implementación de las TIC necesitarán responder» (Bryant, Garnham, Tedmanson, y Diamandi, 2015, pág. 6).

Las ventajas de la Telegerontología quedarían expuestas en la tabla 3.

Tabla 3: Ventajas de la Telegerontología

Ventajas para el usuario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora el acceso a los recursos (cita previa, y otros.) 2. Atención a distancia 3. Atención Social global con mejora de las prestaciones sociales. 4. Mayor acceso a la información 5. Facilita la equidad en el acceso a los servicios independientemente de la localización geográfica. 6. Reducción de los tiempos de espera. 7. Reducción de usuarios derivados a especializados, ofreciendo respuesta a sus problemas sociales desde los servicios sociales comunitarios, sin necesidad de demoras en tiempo y desplazamientos.
Ventajas para los profesionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la demanda de Gerontólogos para poder satisfacer el elevado volumen asistencial de los usuarios que podrían atender. 2. Mejor accesibilidad a los datos y expediente del usuario 3. Mejor conexión e intercambio de información entre profesionales 4. Posibilidad de conectar nuevas herramientas técnicas y de diagnóstico en cada caso 5. Posibilidades mucho mayores de investigación 6. Más facilidad de conexión con la Docencia 7. Mejora las comunicaciones entre diferentes profesionales 8. Menor tiempo en la realización de la valoración y, consecuentemente, menor tiempo en el tratamiento, evitando demoras en los casos más graves que pudieran acarrear mayores problemas para el usuario.
Ventajas para el sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora de la comunicación interprofesional 2. Facilidad de comunicación con proveedores y distribuidores 3. Mayor sencillez en la difusión de información 4. Facilita y agiliza los trámites burocráticos 5. Oferta de mayor calidad en la atención 6. Dota a los usuarios de atención especializada en aquellos lugares donde no disponen de ella, reduciendo la necesidad de realizar desplazamiento por parte de los usuarios y/o de los profesionales. 7. Mejor y más rápida comunicación entre distintos servicios. 8. Eliminar el duplicado de información. 9. Más eficacia de los equipos y servicios.

10. La posibilidad de realizar consultas remotas entre Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, permitiendo a los profesionales mantener un contacto continuo entre ellos, mejorando así su formación y competencias.
11. Reducción de gastos, evitando al profesional y al usuario la necesidad de realizar desplazamientos.
12. Reducción de emisiones de CO2 al reducir los desplazamientos.

Fuente: Elaboración propia.

Evidentemente, y según venimos exponiendo, la Telegerontología también presentaría inconvenientes. Podríamos destacar los siguientes:

1. Fallos o errores propios del uso de las tecnologías emergentes (de conexión, de tiempo de transmisión de datos, de cobertura, etc.)
2. Aspectos ligados a la seguridad y la confidencialidad en la relación profesional/usuario.
3. Aumento de la demanda de gerontólogos, pudiéndose llegar a no poder satisfacer el elevado volumen asistencial de los usuarios que podrían atender.
4. Los programas utilizados en Telegerontología deben combinarse con otras opciones alternativas, asegurándose que además de ofrecer servicios de gran rapidez son a su vez servicios viables.
5. Riesgo de pérdida de datos e imágenes debido a la compresión de dichos datos para aumentar la velocidad de transmisión.
6. La tecnología e infraestructura deben estar lo suficientemente desarrolladas para soportar la implantación de la Telegerontología en aquellos contextos en los que se desarrolle. Esto implica una adecuada infraestructura de telecomunicaciones.

Creemos que estas nuevas herramientas de carácter innovador deben de ser enseñadas y practicadas en la formación universitaria en cualquiera de sus niveles, a fin de eliminar o reducir el impacto de algunos de los inconvenientes nombrados en este apartado.

Este planteamiento parte de la idea de que cuánto más se adapta la formación a las herramientas existentes y a la realidad social, ofreceremos una mayor profesionalidad que mejorará el bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias.

Si bien es cierto, que para una correcta enseñanza de telegerontología, sería necesario un equipamiento que requeriría de un aumento de presupuesto universitario, las ideas de colaboración con centros privados que ya dispongan de los mismos, son una opción plausible y que se ha desarrollado durante décadas en el entorno universitario, siendo las prácticas de campo un claro ejemplo de ello.

A esto habría que añadirle, los beneficios que supondría para el alumnado la incorporación de nuevos ámbitos educativos y profesionales que intervengan en su formación.

6. Conclusiones

Nos encontramos en un momento álgido en el desarrollo de las tecnologías que permiten la telepresencia, y es obvio que todas las disciplinas que la pueden y necesitan utilizar, se están poniendo al día de sus posibilidades e intentando preparar a sus profesionales para que sean capaces de hacer frente a estos nuevos retos y capacidades. La Telegerontología es un fenómeno que, a medio plazo, se terminará de desarrollar y asentar en la normalidad de los gerontólogos y de los servicios de atención públicos y privados en los que la Gerontología opera. Las adaptaciones de la Gerontología a su entorno, desde el punto de vista técnico y metodológico, es algo constante en el desarrollo de la propia disciplina, que ha asegurado su especial sensibilidad a los cambios y avances sociales y que le ha permitido, desde su nacimiento, el operar con la mayor actualidad y profesionalidad posibles sobre su objeto de intervención e investigación. La utilización de estas tecnologías de la información y la comunicación, y como venimos destacando, las que nos permiten la telepresencia, como las entrevistas holográficas o los múltiples usos de la robótica, será un fenómeno claramente normalizado en la profesión que podremos ver en poco tiempo. Estos avances y cambios, como todos, no serán fáciles, donde la disciplina de la Gerontología tendrá necesariamente que afrontar importantes retos y superar debates, especialmente de índole ética, que de seguro sabrá abordar con la sensibilidad y adaptabilidad que le caracteriza. La Gerontología supone todo un campo de retos, pero también de soluciones que enri-

quecerán, aún más si cabe, a la propia rama profesional gerontóloga.³

7. Referencias bibliográficas

- Baca, C., Alverson, D., Manuel, J., y Blackwell, G. (2008). Telecounseling in Rural Areas Alcohol Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25(4), 31–45. https://doi.org/10.1300/J020v25n04_03
- Belluomini, E. (29 de 03 de 2017). Technology Changing the Face of Social Work. Obtenido de The New Social Worker: <https://goo.gl/8mY2tG>
- Bryant, L., Garnham, B., Tedmanson, D., y Diamandi, S. (2015). Tele-social work and mental health in rural and remote communities in Australia. *International Social Work*, 1-13. <https://doi.org/10.1177/0020872815606794>
- Callahan, A., & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or Psychobabble? A Mixed Methods Study of Online Emotional Support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(3), 261–278. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.681768>
- Castells, M., Barrera, A., y Casal, P. (1986). *El desafío tecnológico. España y las nuevas tecnologías*. Alianza.
- Christenson, B. (28 de 03 de 2017). Capella University. Obtenido de The Growing Use of Technology in Social Work: <https://goo.gl/RpFECD>
- Dunstan, D., y Tooth, S. (2012). Treatment via Videoconferencing: A Pilot Study of Delivery by Clinical Psychology Trainees. *Australian Journal of Rural Health*, 20(2), 88-94. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01260.x>
- European Union. (2010). Empirica and WRC on behalf of the European Commission. ICT & Ageing. European Study on Users Markets and Technologies. Bruselas: European Union. <https://goo.gl/Pi9hNb>
- Garvin, C., y Cox, F. (2011). A history of community organization since the Civil War with special reference to oppressed communities. En J. Rothman, J. Erlich, y J. Tropman (Eds.), *Strategies of community intervention* (págs. 65-100). Peacock.

3. Para más información se puede visualizar una demostración del robot en el siguiente enlace: <https://youtu.be/hoAPtpwkFtw>

- Girbau, M., Galimany, J., y Salas, K. (2010). Cuidados de enfermería y las tecnologías de la información y la comunicación. *Nursing*, 28(6), 60-3. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(10\)70340-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(10)70340-X)
- Griffiths, K., Farrer, L., y Christensen, H. (2010). The Efficacy of Internet Interventions for Depression and Anxiety Disorders: A Review of Randomised Controlled Trials. *The Medical Journal of Australia*, 192(11), 4-11. Disponible en <https://goo.gl/fKLqCm>
- IFSW. (22 de Febrero de 2017). Propuesta de Definición Global del Trabajo Social. Obtenido de International Federation of Social Work: <https://goo.gl/gzZkkB>
- Jerome, L., Zaylor, C., Deleon, P., y Kenkel, M. (2000). Cyberspace: Creating a Therapeutic Environment for Telehealth Applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 478-483. Disponible en <https://goo.gl/WjS8h3>
- Leal, M., Aceros, J., y Domènech, M. (2012). Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios. *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, 91-102. Disponible en <https://goo.gl/LEBvWZ>
- McCarty, D., y Clancy, c. (2002). Telehealth: Implications for Social Work Practice. *Social Work*, 47(2), 153-161. <https://doi.org/10.1093/sw/47.2.153>
- McNutt, J. (22 de Febrero de 2017). Social Work Practice: History and Evolution. Obtenido de Encyclopedia of Social Work: <https://goo.gl/Q3tSfY>
- Monteagudo, J., Serrano, L., y Hernández, C. (2005). La telemedicina: ¿ciencia o ficción? *An Sist Sanit Navar*, 28, 309-303. Disponible en <https://goo.gl/er5pSc>
- NASW. (29 de 03 de 2017). Social Workers and e-Therapy. Obtenido de National Association of Social Workers: <https://goo.gl/XLcn8L>
- NASW y BASW. (2005). NASW & ASWB Standards for Technology and Social Work Practice. Washington: National Association of Social Workers and Association of Social Work Boards. Disponible en <https://goo.gl/dbkCS6>
- New Atlas. (6 de Febrero de 2018). TELECOMMUNICATIONS. Obtenido de The Telehuman provides 360 degrees of 3D video chat: <https://goo.gl/jFD9CT>
- Prados, J. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención Primaria*, 45(3), 129-132. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>

- Rabanales, J., Párraga, I., López-Torres, J., Andrés, F., y Navarro, B. (2011). Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: Telemedicina. *REV CLÍN MED FAM*, 4(1), 42-48. Disponible en <https://goo.gl/wmKtCA>
- Rasmussen, B. (2015). Sue Watling and Jim Rogers: Social Work in a Digital Society. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 254-255. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0514-1>
- Reamer, F. (08 de 01 de 2015a). Digital Technology in Social Work. Obtenido de Encyclopedia of Social Work: <https://goo.gl/KgR3RK>
- Reamer, F. (2015b). Clinical Social Work in a Digital Environment: Ethical and Risk-Management Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 120-132. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0495-0>
- Rees, C., y Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and Videoconferencing: Issues, Opportunities and Guidelines for Psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219. <https://doi.org/10.1080/00050060412331295108>
- Rees, C., Stone, S., y Kenkel, M. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0048>
- Richardson, L. (2012). *Can You See What I Am Saying?' An Action-Research, Mixed Methods Evaluation of Telepsychology in Rural Western Australia*. PhD thesis, Murdoch University.
- Simpson, S., Guerrini, L., y Rochford, S. (2015). Telepsychology in a University Psychology Clinic Setting: A Pilot Project. *Australian Psychologist*, 50(4), 285-291. <https://doi.org/10.1111/ap.12131>
- Simpson, S., Rochford, S., Livingstone, A., English, S., y Austin, C. (2014). Tele-Web Psychology in Rural South Australia: The Logistics of Setting Up a Remote University Clinic Staffed by Clinical Psychologists in Training. *Australian Psychologist*, 49(4), 193-199. <https://doi.org/10.1111/ap.12049>
- Tecnológico de Monterrey. (6 de Febrero de 2018). EDUBITS. Obtenido de Tecnologías de telepresencia para humanizar la educación a distancia: <https://goo.gl/cpuZE9>
- Tejedor, F., y Valcárcel, A. (1996). *Perspectivas de las Nuevas Tecnologías en Educación*. Narcea.
- TERESA Project. (7 de Febrero de 2018). Robot. Obtenido de <https://goo.gl/o2ZPzT>

- Valero, M., Sánchez, J., y Bermejo, A. (2007). *Servicios y tecnologías de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital*. Fundación madri+d para el Conocimiento.
- Watling, S., y Rogers, J. (2012). *Social Work in a Digital Society*. London: SAGE Publications.
- West, D., y Heath, D. (2011). Theoretical Pathways to the Future: Globalization, ICT and Social Work Theory and Practice. *Journal of Social Work*, 11(2), 209-21. <https://doi.org/10.1177/1468017310386835>
- WHO. (2010). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. Geneva: World Health Organization. Disponible en <https://goo.gl/VR4svB>
- Xataka. (7 de Febrero de 2018). *Teleasistencia Médica*. Obtenido de RP-VITA, un robot para la telemedicina de los creadores de Roomba: <https://goo.gl/r11gyC>

SECCIÓN VIII
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECCIÓN VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aase, I., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Ullebust, B., Holen-Rabbersvik, E., Thomsen, L.H.D., Schibevaag, L.A, van de Bovenkamp, H.E., & Wiig, S. (2021). Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare. *BMC Health Services Research*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06104-0>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Farinas, D., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019 indicadores estadísticos básicos. *EN-RED*, 22
- Adwan, J. (2014). Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(1), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011>.
- Ahlers Moreno, I; Marín Catalán, R; Muñoz Alaya, A. (2018). *Duelo: proceso privado y social*. Santiago, Santiago de Chile: Segismundo, Editorial.
- Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 114-118. doi: 10.3389/fpsy.2021.638874
- Anderson, K. A., & Gaugler, J. E. (2007). The grief experiences of certified nursing assistants: personal growth and complicated grief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 54(4), 301-318. <https://doi.org/10.2190/T14N-W223-7612-0224>.
- Anderson, K. A., Ewen, H. H., & Miles, E. A. (2010). The grief support in healthcare scale: Development and testing. *Nursing Research*, 59(6), 372-379. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181fca9de

- Aranda, C., & Pando, M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, Méjico. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 39(3), 510-522. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60222-5](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60222-5).
- Ashforth, B.E., & Humphrey, R.H. (1993). Emotional labor in service roles: the influence of identity. *Academy of Management Review*, 18, 88–115. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.3997508>
- Bateman, M. E., Hammer, R., Byrne, A., Ravindran, N., Chiurco, J., Lasky, S., ... & Denson, J. L. (2020). Death Cafés for prevention of burnout in intensive care unit employees: study protocol for a randomized controlled trial (STOPTHEBURN). *Trials*, 21(1), 1-9.
- Baxter, R., Sandman, P. O., Björk, S., Sköldunger, A., & Edvardsson, D. (2021). Recognizing expressions of thriving among persons living in nursing homes: a qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00526-7>
- Boelen, P; Reijntjes, A., & Smid, G. (2016). Disorders Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, 41(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004>
- Boey, K. W., Chan, K. B., Ko, Y. C., Goh, L. G., & Lim, G. C. (1997). Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 38 (1), 256–260.
- Bonanno, G. A., & Boerner, K. (2007). “The stage theory of grief”: Comment. *Journal of the American Medical Association*, 297(1), 2693–2693. doi:10.1001/jama.297.24.2693-a

- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583–590. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02848.x>.
- Burba, M.C. (2016). *Vejez y diversidad*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Bussolari, C., Habarth, J. M., Phillips, S., Katz, R., & Packman, W. (2021). Self-compassion, social constraints, and psychosocial outcomes in a pet bereavement sample. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 82(3), 389–408. <https://doi.org/10.1177/0030222818814050>
- Calvo, V. G. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 1, 451-451.
- Carmassi, C.; Gesi, C.; Corsi, M.; Pergentini, I.; Cremone, IM.; Conversano, C.; Perugi G.; Shear M.K., & Dell'Osso, L. (2015). Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 58(1), 45-49.
- Chung, C.; Lin, M.; Ching, Y.; Kao, C.; Chou, Y.; & Ho, P. (2012). Chang, H. Mediating, and moderating effects of learned resourcefulness on depressive symptoms and positive ideation in hospital nurses in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 35, 576–588. <https://doi.org/10.1002/nur.21505>
- Cohen, M. (2000). Bereavement Groups with elderly. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*. 1(2), 33-41. https://doi.org/10.1300/J288v01n02_05

- Cohen-Mansfield, J. (1997). Turnover among nursing home staff: A review. *Nursing Management*, 28(5), 59–64.
- Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cummings, G. G., Bambrick, W., & Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research*, 3(3), 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.06.003>
- Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31.
- Doka, K. J. (2002). Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice. *Research PressPub*.
- Doka, K. J. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. 223–240. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14498-011>
- Doka, K. J. (2017). Grief is a journey: Finding your path through loss. Simon and Schuster
- dos Santos, I. C. O., de Lima, T. C. B., Paiva, L. E. B., Marques, D. S., & Guimarães, E. T. (2021). Professional socialization from the perspective of female surgeons: challenges and career achievements. *Revista de Administração Contemporânea*, 25(4). <https://doi.org/10.1177/0030222816673489>
- Dosil Díaz., Iglesias Souto, P. M. Taboada Ares, E. M., Dosil Maceira, A., & Real Deus, J. E. (2014). Perfil de las personas mayores usuarias de residencias de asistidos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 291–297. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.685>

- Duffy, B., Oyeboode, J. R., & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515–541. <https://doi.org/10.1177/1471301209350285>
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S., (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764–776.
- Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L., & Bagaka's, J. G. (2008). The impact of stress and support on direct care workers' job satisfaction. *The Gerontologist*, 48(1), 60–70. https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.60
- Espina, A; Gago, J., & Perez M. (2005). Sobre la Elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*. 4(3), 77-87.
- Feng, Z; Falkingham, J; Lui, X & Vlachantoni,A. (2017). Changes in living arrangements and mortality among older people in China. *SSM-Population Health*, 1(3), 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.11.009>
- Fernández, B; Menezes, V., & Ramos, F. (2001). *El Síndrome de Burnout en cuidadores de ancianos*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicogeriatría/el-síndrome-de-burnout-en-cuidadores-formales-de-ancianos/#>
- Fjaer, E. G., & Vabø, M. (2013). Shaping social situations: A hidden aspect of care work in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 27(4),419-427. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2013.10.002>
- Fredenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice*. 12(1), 73–82.

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Sociology*, 30(1), 159–165.
- Fulton, R. (2003). Anticipatory mourning: a critique of the concept. *Mortality*, 8(4), 342–351. <https://doi.org/10.1080/13576270310001613392>
- Gala, F; Lupiani, M; Raja, R; Guillen, C; González; J; Villaverde, M., & Alba, I. (2002). Psychological attitudes toward death and bereavement. One conceptual review. *Cuadernos de Medicina Forense*, 611(30), 39-50.
- Gil Baquero, J. (2017). El duelo en una sociedad globalizada: estudio comparativo de la experiencia del duelo de diferentes culturas en Mallorca. *Universitat de les Illes Balears*.
- Gómez, J; Aneas, A; De la Fuente, E; Albendín, L., & Díaz, L. (2015). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*. 43(2),102-120. DOI:10.1188/16.ONF.E104-E120
- Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: a systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), 104–120. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E104-E120>
- Grandey, A.A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupation Health and Psychology*. 5, 95–110.
- He,W., Goodkind, D., Kowal, P. (2016). *An aging world: 2015*. U.S. Department of Commerce, U.S. Census, Washington, DC
- Heo, J; Chun, S; Kim, B; Ryu, J., & Lee, Y. (2017). Leisure activities, optimism, and personal growth among the young-old, old-old, and oldest-old. *Educational Gerontology*. 43(6), 289-299. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1289457>

- Hernández, M. A., Navarro, S. G., & García-Navarro, E. B. (2021). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con covid-19: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 31, 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>
- Higginson, I. J., Yi, D., Johnston, B. M., Ryan, K., McQuillan, R., Selman, L., Pantilat., Daveson, B., Morrison, R. & Normand, C. (2020). Associations between informal care costs, care quality, carer rewards, burden, and subsequent grief: the international, access, rights, and empowerment mortality follow-back study of the last 3 months of life (IARE I study). *BMC Medicine*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01768-7>
- Hochschild, A.R. (2003). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Horton, J. J., Rand, D. G., & Zeckhauser, R. J. (2011). The online laboratory: conducting experiments in a real labor market. *Experimental Economics*, 14(3), 399–425. <https://doi.org/10.1007/s10683-011-9273-9>.
- Hunter, B; Fenwich, J; Sidebothan, M., & Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008>
- IMSERSO. (2012). *Informe 2012, Personas Mayores por sexo y edades institucionalizadas en residencias de personas mayores en España*. Madrid: Gobierno de España.
- IMSERSO. (2015). *Marco de actuación para las personas mayores: Propuestas y recomendaciones para favorecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores*. Madrid: Gobierno de España.

- Jamal M., & Baba VV. (1992) Shiftwork and department-type related to job stress, work attitudes and behavioral intentions: A study of nurses. *Journal of Organizational Behaviour*, 13(5), 449-4664.
- Jerez, J; Priscilla, N; Fagundes, B; Farias, M; Grazielly, M; Macedo, L; Louise, F; Bezerra, D., & Costa, K. (2016). Depressive symptoms and associated factors in institutionalized elderly. *Experimental Aging Research*. 42(5), 479-491. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2016.1224673>
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709–722. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007>
- Junta de Andalucía. (2007). *Normativa sobre Centros Residenciales de Personas Mayores*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Kauffman, J. (2011). *The shame of death, grief, and trauma*. Routledge.
- Kaufmann, A. E., & Frías, R. (1996). Residencias: lo público y lo privado. *Reis*, 105-126.
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health out-comes among nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214–2240. doi:10.3390/ijerph10062214
- Kingery, J. N., Bodenlos, J. S., & Lathrop, J. A. (2020). Facets of dispositional mindfulness versus sources of social support predicting college students' psychological adjustment. *Journal of American College Health*, 68(4), 403–410. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1574801>

- Kubicek B., & Korunka C. (2015). Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout?. *Work & Stress*, 29(4), 379-400.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1074954>
- Lares. (2012). Modelo “Lares Andalucía” de Centro para Personas Mayores. *Caja Sur*.
- Lathrop, D. (2017). “Disenfranchised grief and physician burnout.” *Annals of Family Medicine* 15(4), 375–378. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2074>
- Laura Gallego-Alberto, Andrés Losada, Carlos Vara, Javier Olazarán, Ruben Muñoz., & Karl Pillemer. (2018). Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff, *Clinical Gerontologist*, 41(4), 282-292. DOI: 10.1080/07317115.2017.1370056
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Louise, M., Anette F.B., Birthe L., Albertsen, K., Birgit A., & Reiner, R. (2016). Emotion work within eldercare and depressive symptoms: A cross-sectional multi-level study assessing the association between externally observed emotion work and self-reported depressive symptoms among Danish eldercare workers, *International Journal of Nursing Studies*, 62, 183-192.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.021>
- Madsen, I.E.H., Diderichsen, F., Burr, H., & Rugulies, R. (2010). Person-related work and incident use of antidepressants: relations and mediating factors from the Danish work environment cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 36, 435–444.
- Martín García, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: SINTESIS.

- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos*. Modelos de atención y evaluación. Colección Papeles de la Fundación.
- Martínez Sola, E. (2002). *Vivencias y escenarios de duelo en las personas mayores en la Almería del SXXI*. Universidad de Almería, Almería
- Martínez Sola, E., & Siles González, (2010). El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*. 21(2), 62-65.
- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., & Muñiz, J. (2016). The Person Centered approach in gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 175–185. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001>
- Martínez-Monteagudo, M.C., Ingles, C.J., Granados L., Aparisi, D., & García-Fernández, J.M. (2019). Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety, depression, and stress in secondary education teachers. *Personality and Individual Differences*, 142, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.01.036>
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 19–32). Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S.E., (1981). The measurement of experienced burnout. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. En W.B. Schaufeli, C Maslach, T Marek (eds), *Professional burnout: recent developments in theory and research 1993* (pp.19-32). Washington DC: Taylor and Francis.

- Massé, M. C., & Torre, J. (2020). Los profesionales sanitarios ante la muerte. *Los Profesionales Sanitarios Ante La Muerte*, 1–162.
- McCullough, B. D., & Wilson, B. (2005). On the accuracy of statistical procedures in Microsoft Excel 2003. *Computational Statistics & Data Analysis*, 49(4), 1244–1252.
- Meza, E; García, S; Torres, A; Castillo, L; Sauri, S., & Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Millette, V., & Bourgeois-Guerin, V. (2020). Coming out when a partner dies? Challenges faced by older women who grieve a same-sex partner. *Psychology & Sexuality*, 11, 62–74. <https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1659391>
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioral and psy-chological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.01.002>
- Moniz-Cook, E., Woods, R., & Gardiner, E. (2000). Staff factors associated with perception of behaviour as ‘challen-ging’ in residential and nursing homes. *Aging & Mental Health*, 4(1), 48–55. <https://doi.org/10.1080/13607860055973>
- Montoro-Rodriguez, J., & Small, J. A. (2006). The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 385–406. <https://doi.org/10.1177/0898264306286196>

- Montoya, R. (2006). Those who will see us die: Meaning and answer to death and moribund people by health workers of a nursing home. *Index de Enfermería*, 15(52-53), 25-29.
- Morla, R. (2008). Duelo. En Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (Ed). *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3ª ed., pp.331-336). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Munch, P. K., Nørregaard Rasmussen, C. D., Jørgensen, M. B., & Larsen, A. K. (2021). Which work environment challenges are top of mind among eldercare workers and how would they suggest acting upon them in everyday practice? process evaluation of a workplace health literacy intervention. *Applied Ergonomics*, 90 doi:10.1016/j.apergo.2020.103265.
- Murthy RS, Haden A., & Campanini B, editors. (2001). Mental health: New understanding, new hope. *World health report*.
- Olvida, T., & Mendonça, R. (2013). Significados do vivido pela pessoa idosa longaeva no proceso de morte/morrer e luto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3310-3314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.05462013>.
- Ortega Herrera, M. (2013, 5, Febrero). *Protocolo de Exitus*. Asociación Ciceron.
- Pérez López, C. & Capella, I (2002). Estadística aplicada a través de Excel. Editorial Editorial Prentice Hall Iberia
- Pérez, S. El duelo por un suicida. Características y manejo. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/el-duelo-por.pdf

- Pillemer, K., & Lachs, M. (2002). Addressing the staffing crisis in long-term care. *Journal of Health Care Law and Policy*, 4 (1),294–307.
- Pillemer, K., Suitor, J. J., Henderson, C. R., Meador, R., Schultz, L., Robison, J., & Hegeman, C. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist*, 43(2),96–106.
- Pinazo, S., & Sánchez, M. (2005). *Gerontología: Actuación, Innovación y Propuestas*. España: Pearson Education.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
- Pison, G. (2019). The population of the world. *Population & Societies*, 569(8), 1-8.
- Rao, S., & Ramesh, N. (2015). Depression, anxiety and stress levels in industrial workers: A pilot study in bangalore, india. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 23-28. Doi: 10.4103/0972-6748.160927
- Restrepo, C. G., Bayona, G. H., Urrego, A. R., Oleas, H. S., & Restrepo, M. U. (2008). *Psiquiatría clínica*. Ed. Médica Panamericana.
- Robson, P., & Walter, T. (2013). Hierarchies of loss: a critique of disenfranchised grief. OMEGA. *Journal of Death and Dying*, 66(2), 97–119. <https://doi.org/10.2190/OM.66.2.a>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A

- Santed, A., & Puerta, A. (2003). *Estudio de investigación sobre riesgos laborales asociados al sector de residencias de personas mayores*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Madrid.
- Schladitz, K., Löbner, M., Stein, J., Weyerer, S., Werle, J., Wagner, M., Hesel, K., Scherer, M., Stark, A., Kaduszkiewicz, H., Wiese, B., Oey., König, H., Hajek, A.h., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. *Journal of Affective Disorders*, 283, 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.008>
- Seisdedos, N. (1997). MBI: Inventario de Burnout de Maslach ['Maslach Burnout Inventory']. Madrid: TEA
- Shah, S. N., & Meeks, S. (2012). Late- life bereavement and complicated grief: A proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1), 39- 56. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.605054>
- Shinan-Altman, S., Werner P., & Cohen M. (2016). The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. *Aging & Mental Health*, 20(4), 352-361. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1008983>
- Silva, D. W. (2000). *A grief recovery for gay men*. West Conshohocken, PA: Infinity Publishing.
- Silver, R. C., & Wortman, C. B. (2007). The stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297(24), 2692-2694.

- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Grief is not a disease but bereavement merits medical awareness. *The Lancet*, 389(1), 347–349. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30189-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30189-7)
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *J. Psychosom. Res.* 51, 697–704.
- Van Daalen, G., Willemssen, T.M., Sanders, K., & van Veldhoven, M.J. (2009). Emotional exhaustion and mental health problems among employees doing people work: the impact of job demands, job resources and family-to-work conflict. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 82, 291–303. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0334-0>
- Van Ee, E., Lenferink, L. I. M., Eidhof, M. B., & Boelen, P. A. (2021). Mourning together: on social support for bereaved people during the COVID-19 pandemic. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 63(1), 13-15.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Söderfeldt, M., Dormann, C., & Schaufeli, W. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*. 11, 21–40.
- Vega, NV., Sanabria, A., Domínguez, LC., Osorio, C., & Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Colombiana de Cirugia*. 24(3), 138-46.
- Vega, P., González, R., Bustos, J., Rojo, L., López, M. E., Rosas, A., & Hasbún, C. G. (2017). Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 614-621. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500007>

- Villarroel Fuenzalida, C., Rubio Acuña, M., & Márquez Doren, F. (2020). *Acompañando en el último viaje: vivencia de personas mayores institucionalizadas. Gerokomos*, 31(4), 216-220.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 70–76.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Whipple, V. (2005). Lesbian widows: Invisible grief. New York, NY. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 87-116.
- White, EM., Aiken, LH., & McHugh, MD. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- White, R. (2015). Dialectic of Mourning. *Journal of the Theoretical Humanities*. 20(4), 179-192. <https://doi.org/10.1080/0969725X.2015.1096644>
- WHO Statistics, India, World Health Organisation, 2010, Geneva.
- Whooley, M.A.; Kiefe C.I.; Chesney, M.A.; Markovitz, J.H.; Matthews, K.; Hulley, S.B. (2002). Depressive symptoms, unemployment and loss of income: The Cardia study. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2614–2620.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P.B., & Bonde, J.P. (2006). Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. *Occupational and Environmental Medicine*, 63, 314–319.

- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 406 (1), 14–23.
- Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84–105. <https://doi.org/10.1177/0733464814542465>
- Yi Yi, P. (2016). Duelo factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos (Order No. 10267374). Available from ProQuest Dissertations & Theses A&I; ProQuest Dissertations & Theses Global. (1897041677)
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: a review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 12, 237–268.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: the concept and development of an instrument, *European Journal of Work and Organizational Psychology* 8, 371–400.

SECCIÓN IX

ANEXOS

SECCIÓN IX Anexos

1. Cuestionario elaboración propia fase 1.

1. Edad	16/25	
	26/35	
	36/45	
	46/55	
	56/65	
2. Sexo	Masculino	
	Femenino	
3. ¿A qué comunidad autónoma pertenece la residencia en la que trabaja?		
4. ¿Qué titularidad tiene el centro en el que usted trabaja?	Privado	
	Público	
	Concertado	
5. ¿Qué carácter tiene el centro en el que usted trabaja?	Religioso	
	Laico	
6. Aproximadamente ¿Cuántas personas residen en su centro?	Menos de 20	
	21/40	
	41/60	
	61/100	
	101/120	
	Más de 121	
7. ¿Qué rol profesional desempeña usted en la residencia?	Terapeuta ocupacional	
	Trabajador social	
	Fisioterapeuta	
	Gerontocultor/ Auxiliar	
	Psicólogo	
	Enfermero	
	Animador Sociocultural	
	Otro	
8. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la residencia?	- 1 año	
	De 1 a 2 años	
	De 2 a 3 años	
	De 3 a 5 años	
	Más de 5 años	
9. ¿Sabe usted si la residencia en la que trabaja posee algún protocolo de duelo?	Si	
	No	
	NS/NC	
	Si	

10.¿Considera que trabaja usted el duelo con sus residentes?	No	
11.¿Del 1 al 5 siendo 1 menor que 5 con que eficacia considera usted que trabaja el duelo con sus residentes?	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
12.Señale de los siguientes elementos los que considera que dificultan, que usted trabaje este ámbito con los residentes	No poseer un espacio concreto para la elaboración de terapias	
	No tener suficiente trato cara a cara con el usuario	
	Necesitar mayores recursos económicos y materiales	
	La insuficiencia de las ratios	
	El escaso tiempo de trabajo por usuario	
	La inexistencia de un trabajo multidisciplinar	
	No tener suficiente comunicación con los demás profesionales	
	La escasa flexibilidad por parte de la organización	
	La inexistencia de cursos formativos en esta materia	
Otros		
13.Señale de los siguientes elementos los que considera que facilitan, que usted trabaje este ámbito con los residentes	Poseer un espacio concreto para la elaboración de terapias	
	Tener trato cara a cara con el usuario	
	Disponer de los suficientes recursos económicos y materiales	
	Contar con una ratio adecuada	
	Tener suficiente tiempo de trabajo por usuario	
	La existencia de un trabajo multidisciplinar	
	Tener suficiente comunicación con los demás profesionales	
	La flexibilidad por parte de la organización	
	La presencia de cursos formativos en esta materia	
Otros		
14.¿Considera que en su residencia se trabaja el duelo de manera interdisciplinar?	Si	
	No	
15.En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué categorías profesionales intervienen?	Terapeuta ocupacional	
	Trabajador social	
	Fisioterapeuta	
	Gerontocultor/ Auxiliar	
	Psicólogo	
	Enfermero	
	Animador Sociocultural	
	Otro	

16. Del 1 al 5, siendo 1 menor que 5, señale como considera usted que es la atención al duelo en su residencia	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

Fuente: Elaboración propia

2. Cuestionario fase 2.

1. Edad		
2. Sexo	Masculino	
	Femenino	
	Otro	
3. Localidad en la que se encuentra el centro en el que trabaja		
4. Que rol desempeña usted en la residencia en la que trabaja actualmente	Terapeuta ocupacional	
	Trabajador/a social	
	Fisioterapeuta	
	Gerontocultor/a Auxiliar	
	Psicólogo/a	
	Enfermero/a	
	Animador/a Sociocultural	
	Educador/a social	
	Director/a	
	Otro	
5. Indique cuántos años lleva trabajando en este sector (en caso de ser inferior a 1 indique 0)		
6. Sector laboral desarrolla su actividad	Administración Pública	
	Sector privado	
	Cuenta propia o ejercicio libre	
7. Tipo de jornada laboral	Media jornada	
	Jornada completa	
	Otra	
8. Turno laboral	De mañana	
	De tarde	
	De noche	
	Rotativo	
Tipo de contrato laboral	Fijo	
	Temporal	
	Otro	
10. Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:		

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo							
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
Siento que mi trabajo me está desgastando							
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
Siento que me he hecho más duro con la gente							
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
Me siento con mucha energía en mi trabajo							
Me siento frustrado en mi trabajo							
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
11. Por favor lea las siguientes afirmaciones y tache la casilla correspondiente, que indica en que grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada.							
	No, me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco o durante poco tiempo	Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo			

Me ha costado mucho descargar la tensión				
Me di cuenta de que tenía la boca seca				
No podía sentir ningún sentimiento positivo				
Se me hizo difícil respirar				
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
Sentí que mis manos temblaban				
He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
He sentido que no había nada que me ilusionara				
Me he sentido inquieto				
Se me hizo difícil relajarme				
Me sentí triste y deprimido				
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
Sentí que estaba al punto de pánico				
No me pude entusiasmar por nada				
Sentí que valía muy poco como persona				
He tendido a sentirme enfadado con facilidad				
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
Tuve miedo sin razón				
Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

12. De las siguientes afirmaciones relacionadas con los diferentes factores asociados con la muerte de los residentes y el apoyo que usted recibe. Por favor marque aquellas respuestas, que mejor describan tu nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Mis compañeros/as entienden mi relación cercana con las personas residentes					
Los familiares de los residentes entienden mi relación cercana con las personas residentes					
La administración de mi lugar de trabajo reconoce mi relación cercana con los residentes					
Mi familia y amistades entienden mi relación cercana con las personas residentes.					

Cuando un/a residente muere, los miembros de su familiar me agradecen las cosas que he hecho por el/ella.					
Desde la residencia se hacen actos conmemorativos de los/as residentes que fallecen.					
Mi familia y amistades me presentan apoyo cuando un/a residente muere.					
He sido invitado/a a ir a un acto funerario fuera de las instalaciones de la residencia.					
Mi familia me otorga el tiempo necesario para que acuda a actos funerarios					
Siento que tengo el espacio y el tiempo suficiente para pasar mi proceso de duelo cuando un/a residente muere.					
Las muertes de los/as residentes parecen menos importantes que aquellas que ocurren fuera del entorno residencial					
La muerte de las personas mayores parece ser menos importante que la muerte de las personas jóvenes.					
Cuando un/a residente muere por Alzheimer, su muerte parece menos importante que otras muertes					
Siento que mis creencias entran en conflicto con las creencias de los residentes y de sus familiares					
Me siento cómodo/a expresando mi duelo dentro de la residencia.					
13. Las siguientes afirmaciones se refieren al apoyo que usted recibe como profesional/técnico de salud ante el duelo.					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi familia comprende cuan cercano soy con los pacientes.					
Mis amigos comprenden cuan cercano soy con los pacientes.					
Mis compañeros de trabajo comprenden cuan cercano soy con los pacientes.					
Mis supervisores comprenden cuan cercano soy con los pacientes.					
Los familiares de los pacientes comprenden cuan cercano soy con su familiar enfermo.					
Mi familia sabe que sufro cuando los pacientes fallecen.					

Mis amigos saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
Mis compañeros de trabajo saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
Mis supervisores saben que sufro cuando los pacientes fallecen.					
Los familiares de los pacientes saben que sufro cuando su familiar fallece.					
Mi institución a menudo lleva a cabo rituales en memoria de pacientes que han fallecido.					
A menudo puedo asistir a los rituales en memoria que se llevan a cabo en mi institución					
A menudo soy invitado a asistir a los rituales en memoria de los pacientes fallecidos, que se realizan fuera de mi institución.					
A menudo puedo asistir a los funerales de pacientes que fallecen					
Mi institución me mantiene informado acerca de los fallecimientos de los pacientes					